

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1929-1930 — N° 124

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DU PROFESSEUR L. TIXIER

A PROPOS
DE
L'Épithélioma du Col restant
APRÈS HYSTÉRECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André SOURD

Né le 28 Août 1905, à Bourgoin (Isère)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Juillet 1930

A PROPOS
DE
L'Epithélioma du Col restant
APRÈS HYSTÉRECTOMIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1929-1930 — N° 124

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DU PROFESSEUR L. TIXIER

A PROPOS
DE
L'Épithélioma du Col restant
APRÈS HYSTÉRECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenne publiquement le 1^{er} Juillet 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André SOURD

Né le 28 Août 1905, à Bourgoin (Isère)



LYON
IMPRIMERIE L. BASCOU
42-44, Rue Sala, 42-44

Juillet 1930

PERSONNEL DE LA FACULTÉ



Doyen honoraire : M. HUGOUNENQ

Doyen MM. J. LEPINE.

Assesseur ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales		PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.		LÉPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.		VILLARD,
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale.		NOVÉ-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne.		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		FROMENT.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.		FAVRE.
Médecine légale		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		MARTIN (Etienne)
Pharmacie		COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		SAVY.
		LEULIER.
		PIÉRY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	THÉVENOT (Léon)
Puériculture et Hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Applications du radium	NOGIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	DUMAS	ROCHET (Ph.)
TRILLAT	SANTY	DUFOURT	WERTHEIMER
SARVONAT	DUNET	DEVIC	GATÉ
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	BERNHEIM
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	DECHAUME
RHENTER	NOEL	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON

M. BAYLE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président* ; ROLLET, *Assesseur*.
MM. BONNET et POLLOSSON, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En faible témoignage de mon infinie
reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Nous demandons toute son indulgence pour ce travail que nous voudrions digne de son enseignement si vivant et si attachant.

Nous lui exprimons toute notre reconnaissance pour le paternel intérêt qu'il nous a témoigné toujours, spécialement à l'occasion du deuil cruel qui nous a frappé.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé nous a permis de profiter largement de son souci constant d'observation rigoureuse et de résultats thérapeutiques.

Nous ne pouvons assez le remercier de tout ce qu'il a fait pour nous pendant les épreuves que nous avons traversées.

A MES JUGES
A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

Nous lui avons emprunté ses observations.

Nous lui adressons tous nos remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Dès le début de nos études, il nous a dirigé et conseillé. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

On trouvera dans cette thèse des dessins qu'il a eu l'amabilité de faire pour nous.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PHILIPPE ROCHET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON

Nous le remercions des conseils qu'il nous a prodigués et du temps qu'il nous a consacré pour l'élaboration de ce travail.

INTRODUCTION

La cancérisation d'un moignon cervical après hystérectomie subtotale n'est point constatation nouvelle. L'honneur d'avoir attiré sur elle l'attention revient à M. Condamin qui, dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, en 1900, montrait, pour la première fois, l'importance qu'il y avait à surveiller l'évolution ultérieure des malades ayant subi une hystérectomie subtotale.

Depuis, thèses, rapports aux sociétés savantes, articles et statistiques se sont multipliés et le cancer du moignon cervical n'apparaît plus aujourd'hui comme une rareté, mais comme une complication à laquelle on doit penser.

S'il est vrai qu'en 1920, un chirurgien américain, Louis Franck, faisant le bilan des cas publiés, ne relevait que 80 cas de cancérisation du moignon dans la littérature mondiale, il n'en est plus ainsi aujourd'hui. Les centres anticancéreux ont fourni des obser-

vations nombreuses et il est intéressant de souligner, par exemple, qu'une observation de Jeanneney et Chavanaz, rapportée par Cadenat à la Société de Chirurgie de Paris, en 1926, réveille, aux hasards d'une discussion de Société savante, dans les souvenirs de ceux qui ont pris la parole, une trentaine de cas nouveaux.

À l'heure actuelle, on ressent un certain sentiment préconçu de lassitude à l'énoncé d'un travail sur le cancer du moignon de subtotale. On comprend le Professeur J.-L. Faure qui, à la séance de la Société de Chirurgie de Paris (mai 1930), se demande s'il y a lieu de remettre cette question à l'ordre du jour. Elle revient périodiquement et l'on redit ce que l'on a déjà dit bien souvent.

Il vient en effet à l'esprit de tous, la constance des discussions toujours semblables qui ramènent tout à une passe d'armes entre partisans de l'hystérectomie totale ou de l'hystérectomie subtotale.

Il nous plairait de dire une fois pour toutes que la discussion entre totalistes et subtotalistes basée sur la cancérisation du moignon nous semble actuellement presque sans issue. Les arguments pour l'une ou pour l'autre de ces opérations sont d'un autre ordre et le cancer du moignon ne pèse pour l'instant que pour une part minime en faveur de l'une d'elles.

Peu nous importe qu'il y ait un ou deux pour mille de cancérisation, ou plus même. Il suffit de songer à la difficulté que l'on a à établir ce pourcentage pour entrevoir sa vanité. Nous souhaitons qu'il n'en soit pas toujours ainsi.

S'il était démontré que dans certaines affections, le

fibrome, par exemple, les chances qu'a le moignon de se cancériser soient considérables, et si, pour défendre cette affirmation, l'imposante précision des chiffres était possible, la cause serait gagnée pour les totalistes sans discussion.

Nous n'avons pas la prétention de prononcer un plaidoyer en faveur de la totale, ni un réquisitoire contre la subtotale. Le problème subsiste et les observations de cancérisation du moignon, si elles peuvent impressionner dans un sens, n'enlèvent pas la conviction. Il restera toujours ce fait que, pour beaucoup, l'hystérectomie subtotale, même grevée des accidents sur le moignon, garde une mortalité moindre que l'hystérectomie totale. Au contraire, pour ceux entre les mains desquels la mortalité est égale dans les deux opérations, pour des facteurs variés et en général personnels, le problème est résolu d'avance.

Nous désirons nous limiter et attirer l'attention sur quelques points particuliers. Nous voulons considérer le moignon cancéreux en lui-même, oubliant ce qu'on aurait pu ou dû faire avant lui.

Nous avons l'impression :

1° Que le cancer évolue, du fait de l'opération préalable sur un organe dont les conditions anatomiques et physiologiques sont tout à fait spéciales. On est bien obligé d'admettre que le moignon de subtotale, organe tronqué, témoin plus ou moins atrophique d'une région bouleversée par l'intervention première dans ses rapports anatomiques et ses connexions vasculaires et lymphatiques organe cicatriciel sans fonctions précises, tire de ces conditions une pathologie person-

nelle d'où découlent des données thérapeutiques spéciales.

2° Qu'il existe des formes de cancer variables dans le degré de leur malignité et que, en particulier, l'une d'elles se rapproche du cancroïde cutané banal bénéficiant dans cette analogie d'une relative bénignité.

3° Qu'il existe des extériorisations cliniques qui en imposent pour un cancer du moignon et qui n'en sont pas.

Et pour défendre ces idées, nous apportons des observations de nos maîtres, M. le Professeur Tixier et M. le Docteur Molin, observations qu'il nous a été permis de suivre dans leurs détails.

Nous connaissons les multiples observations lyonnaises qui nous ont été très aimablement confiées, elles rentreront dans le cadre d'un travail ultérieur d'envergure plus large et c'est un regret pour nous de voir les événements nous obliger à n'en pouvoir tenir compte ici.

HISTORIQUE

Lorsque Condamin, en 1900, présenta pour la première fois, en France, deux cas de cancérisation du col utérin restant après hystérectomie subtotale pour fibrome, on crut qu'il s'agissait d'une rareté. Cette opinion d'ailleurs fut, jusqu'à ces dernières années, celle de la plupart des chirurgiens et le cri d'alarme que, timidement, Condamin poussait devant la Société de Chirurgie de Lyon, ne trouva, à vrai dire, qu'un faible écho. Seul M. le Docteur Gouilloud, rappela que Pozzi, le grand gynécologue, avait fait une allusion au cours d'un congrès chirurgical à cet « inconvénient » et la discussion tourna court. Cependant, Bertrand dans sa thèse (1901-1902) reprit les observations de M. Condamin, mais n'en tira argument que pour opposer les deux méthodes d'hystérectomie subtotale et totale.

En 1903, Richelot fait à la Société de Chirurgie de

Paris une communication sous le titre « De la dégénérescence maligne du moignon d'hystérectomie subtotale », véritable plaidoyer en faveur de l'hystérectomie totale, accusation énergique contre la subtotal, fruit « de la paresse de l'esprit et des doigts ». Cette communication nous apporte trois observations personnelles à l'appui de la thèse de l'auteur : Le moignon cervical laissé en place par la subtotal constitue un danger. Ces observations, avec celles de M. Condamin, sont les premières rapportées en France. Cependant, à l'étranger, Wehner, Menge, Savor, Erlach, Shenck, Freund, Noble, Murthy, Jacobs, Kweifel, Thomas, Burckardt avaient attiré l'attention sur des cas analogues.

La communication de Richelot devait être le point de départ d'une série de discussions qui durent encore. Les noms sont nombreux qu'il faudrait citer au cours de ces dernières années. Défenseurs de la subtotal partisans de la totale s'affrontent et apportent, avec leurs observations, leurs arguments. Parmi tous ces noms il est difficile de choisir. Faut-il citer Segond, défenseur hardi de la myomectomie ?... Ricard, qui ne craint pas le « péril vaginal » dénoncé par Richelot à condition d'être sur du bon état du col. Routier, admirateur de la subtotal ; Shwartz, dont la longue carrière ignore la cancérisation secondaire du col ?... Faut-il rappeler les nouvelles controverses qu'allait encore engendrer une communication de Richelot, le 18 novembre 1903 ?... On ne discute plus alors l'apparition du cancer secondaire sur laquelle, semble-t-il, bon nombre de chirurgiens avaient eu des dou-

tes. Tuffier évide systématiquement le col pour l'éviter. Jean-Louis Faure ne nie pas la cancérisation du moignon mais reste fidèle à la subtotale, tandis que Guinard en apporte deux observations, dont une très démonstrative. Monod, Walther ne la connaissent pas, et si Rochard en cite un cas, ce n'est pas pour convaincre Potherat qui entend conserver la subtotale comme moyen de choix de l'hystérectomie. Cependant les observations qui se comptaient deviennent plus nombreuses. Delbet, Quenu en apportent de nouvelles si bien que Richelot, deux mois plus tard, tout en plaidant avec vigueur pour l'hystérectomie totale, peut constater qu'en moins de trois mois ses confrères parisiens lui ont apporté 9 cas très précis de cancérisation du moignon cervical. En 1905, il en rapporte lui-même 6 nouveaux, mais la discussion rebondit encore sur les valeurs respectives de la totale et de la subtotale.

Le premier travail d'ensemble français est la thèse de Lesobre qui rapporte 31 cas de cette terrible complication. Pour lui, la proportion des dégénérescences cancéreuses du moignon semble être fixée à 2 pour mille des hystérectomies subtotaux pratiquées pour fibrome. La discussion reprend, dès 1910, avec une énergique intervention de Chaput qui veut voir dans la subtotale une opération hâtant l'apparition du cancer du col ; sa statistique impressionnante semble émouvoir bon nombre de maîtres de la gynécologie. 7 cas sur 123 hystérectomies subtotaux donnent en effet à réfléchir aux plus farouches défenseurs de la méthode.

Chevrier, Mériel, Aymeric dans sa thèse, Riche dans la thèse de Deleuze signalent de nouveaux faits intéressant notre sujet ; Rodier, inspiré par de Rouville, l'aborde indirectement. Montillier en 1922, Duvrègy la même année s'occupent de la question.

A Lyon, M. le Professeur Tixier présentait, en 1922, deux observations de cancérisation tardive et la question était reprise en 1925 par MM. Gignoux et Pollosson, Guilleminet et Pollosson dans différents articles. MM. Wertheimer et Dunet en rapportent, quelque temps après, de nouveaux cas.

Mais, en 1926, Jeanneney et Chavannaz, dans une longue communication à la Société de Chirurgie de Paris, établissent une statistique très intéressante. Parmi les chirurgiens qui se rappelaient encore la séance de 1903, il y en eut peu susceptibles d'affirmer qu'ils n'avaient pas vu de cancer sur un moignon cervical. Robineau en apporte 2 cas et Dujarier 5 avec lui. Lapointe avec 2 cas, Wiart avec 5, Chevrier et Fredet avec chacun 1 cas, Chifolian avec 3 cas, Brechot avec 2 cas, Auvray avec 5, Picot et Algave avec 1, prouvent dans une seule séance toute l'importance de la communication que, vingt-six ans auparavant, Condamin faisait devant la Société de Chirurgie de Lyon. Depuis, les observations n'ont cessé d'affluer. Statistique de Monod, présentations d'Auvray, de Sauvé, d'Algave, communication de Simone Laborde et Alice Roques, travail de la clinique du professeur Gosset, article de Ferrari, redonnent un intérêt sans cesse accru à la question.

Enfin, tout récemment (Société de Chirurgie de

Paris, mai 1930), à l'occasion d'une observation de M. Ferry, son rapporteur M. Robert Monod ajoute 20 nouveaux cas observés dans un intervalle de trois ans dans deux centres anticancéreux (9 cas de l'Institut du Radium et 11 cas dans le service de M. le Professeur Gosset, au Centre Anticancéreux de la Salpêrière).

Cependant à l'étranger, les travaux se multiplient : Publications autrichiennes et allemandes avec Von Hacken, Von Erlach, Hansen, Geobach ; anglaises avec Bland Sulton, Lauwers, Grey Turner ; américaines avec Currier et Frank, pour ne citer que les plus intéressantes. Partout la cancérisation du col apparaît comme redoutable.

Au fur et à mesure que passent les années, alors que se multiplient les subtotaux, opérations faciles dans les mains d'un chirurgien adroit, le cancer du moignon cervical se fait plus fréquent.

Aux quelques observations apportées par Condamin d'abord, par Richelot ensuite et accueillies avec un scepticisme marqué dû à la rareté présumée d'une aussi redoutable lésion, font suite toute une série de cas apportés par les chirurgiens les plus divers usant avec une égale habileté de la totale et de la sub-totale.

ETIOLOGIE

En matière de cancer, l'étiologie reste toujours parfaitement obscure. On ne sait rien de précis et cela reste la conclusion des discussions les plus fournies.

On peut néanmoins, dans ce chapitre, envisager diverses causes favorisantes qui peuvent être invoquées comme de véritables facteurs étiologiques. Nous voulons parler à ce titre des divers états inflammatoires ou autres considérés comme des états dits pré-cancéreux : cervicites chroniques et polypes et des relations qu'on a voulu croire exister entre la raison qui a conduit à l'hystérectomie subtotale (fibrome, salpingite, etc...) et la cancérisation secondaire du moignon.

Toutes ces causes resteront, il est vrai, hypothétiques, mais ces hypothèses n'en ont pas moins un profond intérêt. En admettant ces facteurs comme éléments plus ou moins favorables à la cancérisation

apparaît, en effet, une possibilité thérapeutique. Ils dictent un traitement précoce et peut-être serait-il ainsi possible d'adresser au cancer du moignon de subtotale un véritable traitement prophylactique.

On a songé tout d'abord à établir un rapprochement entre l'affection qui a conduit à l'hystérectomie subtotale première et le cancer qui évolue sur le col restant. Si bien que s'est ouverte une longue discussion sur le rôle du fibrome utérin, lésion déterminante ou favorisante du cancer du col. Richelot en particulier avait été frappé de la fréquence de cette coïncidence.

Il faut convenir que cette discussion s'est amorcée et a pris son ampleur à une époque où étaient fort peu nombreuses les observations de cancérisation du moignon de subtotale. Le fibrome était et est encore la raison la plus habituelle des hystérectomies subtotales. Cela explique peut-être cette fréquence de l'association du fibrome et de la cancérisation. Mais fréquence ne veut pas dire règle et, depuis, bien des observations ont montré que le col pouvait se cancériser alors que l'intervention première était adressée aux causes les plus diverses. La discussion semble alors avoir perdu de son intérêt.

Pourquoi, du reste, le fibrome enlevé serait-il cause favorisante de la cancérisation ?

Peut-être n'y a-t-il là au fond qu'une des manières qu'a le fibrome utérin de s'extérioriser cliniquement à la faveur d'une complication.

On conçoit fort bien en effet un fibrome silencieux, méconnu même, qui vient à l'examen à l'occasion

d'une hémorragie et aboutit à une exérèse par hystérectomie subtotale alors que la cause véritable est un néoplasme du col, débutant, ayant passé inaperçu au moment de l'opération et évoluant par la suite.

C'est une intervention qui doit se réaliser et il est presque naturel que la grosse lésion macroscopique fibromateuse attire sur elle toute l'attention laissant échapper la cause véritable plus discrète qui est la cancérisation débutante du col.

Il serait intéressant de rechercher si dans les observations publiées il ne s'agirait pas fort souvent de femmes portant depuis des années un fibrome, tumeur bénigne tolérée, sans symptômes fonctionnels, ce qui est fréquent et qui, tout à coup, se mettent à saigner.

Nous ne serions pas éloigné de penser que cette hémorragie tardive sur un fibrome depuis longtemps inerte, mise à part la possibilité d'un épithélioma du corps, serait signe d'une néoplasie débutante du col, peut-être ithmique, en tout cas à rechercher avec soin et difficile à déceler.

Cela devrait conduire pratiquement à une exérèse totale : cela expliquerait en particulier ces néoplasies évoluant sur un moignon de subtotale dans des délais courts après l'opération.

D'un point de vue plus particulier cela pose plus exactement la définition de ce que nous entendons par cancérisation sur col restant.

Bien des observations, en effet, rapportent des cancers du moignon qui ne sont que des formes d'évo-

lution continuée d'un néoplasme déjà existant lors de l'hystérectomie subtotale.

Qu'importe alors qu'une erreur d'interprétation vienne s'auroler d'une valeur quelconque. Elle doit bien plutôt relever d'une modeste autocritique et tomber dans l'oubli avec le reproche que se doit une conscience bien née, c'est dire avec l'intention très sage de se proposer d'éviter, dans les interventions prochaines, semblable erreur.

Nous voulons dire par là qu'il est nécessaire, pour parler de cancer né sur un moignon de subtotale, d'exiger un certain « intervalle libre » entre son apparition et l'intervention première.

Le cancer survenant précocement, presque dans les suites de l'hystérectomie subtotale, est bien évidemment une des modalités de la cancérisation du moignon. Ce n'est pas cette forme que nous envisageons.

On peut, d'une manière générale, admettre que l'intervalle libre entre l'hystérectomie subtotale et l'apparition d'un cancer sur le moignon doit être d'un an au minimum. On a convenu de cette limite raisonnable. Peut être faudrait-il être plus exigeant encore. Il est fort difficile, à ce propos, d'être précis ; mais l'on peut admettre au moins que tous les cas trop récents doivent s'inscrire au doute.

Il est bien évident que les cas les plus intéressants sont ceux où l'intervalle libre est important. Nous apportons, à ce propos, deux observations bien typiques. L'une de M. le Professeur Tixier (Obs. n° I) où le cancer apparut vingt-deux ans après l'opération

première, et l'autre, de M. le Docteur Molin (Obs. n° II) avec un intervalle de quatorze ans.

La discussion sur le rôle du fibrome utérin, lésion déterminante ou favorisante du cancer du col, a, en somme, perdu beaucoup de son intérêt. Aucun rapport certain n'est démontré entre eux.

On conçoit mal, du reste, comment une tumeur conjonctive bénigne pourrait être en elle-même un point d'appel pour un épithélioma malpighien ou glandulaire en tous points différent. De rapport direct il n'y en a pas. Reste la prédisposition évidente qu'a pour la cancérisation un organe chroniquement enflammé, soit déchiré, ulcéré, métritique, porteur d'un polype comme peut l'être un moignon utérin. On entre là dans le domaine des *lésions dites précancéreuses* que présente très certainement maintes fois l'organe en cause.

C'est ce chapitre fort intéressant que M. le Professeur Villard a repris dans ses détails dans la thèse de son élève Montel sur la cervicite chronique et le cancer du col. C'est lui également qu'indirectement M. le Professeur Tixier envisageait dans une de ses parties dans la thèse de Michon, sur la valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus.

Ces polypes peuvent se développer au niveau du col. Ils sont dans la totalité des cas le siège d'infection chronique et ces phénomènes inflammatoires ne sont pas, en règle générale, limités au polype lui-même mais existent de façon diffuse sur toute la muqueuse qui est le point de départ du polype. Les

classiques soulignent par ailleurs la coexistence des polypes muqueux et des lésions de métrite.

Cette métrite chronique qui peut aller, comme le montrent MM. Villard et Montel, de la métrite chronique du type inflammatoire pur jusqu'à l'adénopapillome diffus du col conduisant fréquemment à l'exulcération et à l'ulcération vraie, réalise des conditions éminemment favorables à la cancérisation et autorise ces auteurs à écrire un chapitre sur les relations entre la métrite chronique du col de l'utérus et le cancer.

Du point de vue qui nous intéresse la lésion qui a conduit à l'hystérectomie subtotale a, dans la plupart des cas, conditionné cet état inflammatoire métritique chronique du col. Cet état existant avant l'opération persiste après elle, réalisant ainsi des conditions favorables à la cancérisation.

Et ceci importe au plus haut point dans les discussions étiologiques sur la cancérisation du col restant, car étant admis que l'inflammation chronique est pour ainsi dire de règle au niveau du col d'un utérus porteur d'une lésion gynécologique qui nécessite une hystérectomie subtotale, tout devra être mis en œuvre pour atténuer ou supprimer cet état propice à une cancérisation ultérieure.

En pratique, il en va ainsi. Il est certain que, guidé pour ainsi dire par un véritable instinct chirurgical on laisse avec regret et non sans appréhensions véritables après une hystérectomie subtotale un col inflammatoire *suspect*, dit-on.

Il suffit de considérer le soin avec lequel on insiste

sur l'évidement de la cavité cervicale après la subtotale sur son évidement conoïde large ou sur sa cautérisation, soit encore sur cette méthode particulière d'évidement vaginal du col préconisée par M. Albertin pour y lire cette préoccupation de laisser un champ net et sans arrière pensée.

On tente tout au moins ainsi de réaliser les conditions les meilleures, mais ces manœuvres n'apparaissent pas comme devant être toujours suffisantes. D'une part l'évidement cervical peut laisser persister des fragments de muqueuse ou tout au moins des glandes incluses et, d'autre part surtout, il ne tranche pas à lui seul la question de la cancérisation du col.

Le plus souvent, en effet, le cancer se développe aux dépens de la muqueuse externe du museau de tanche et les divers procédés d'évidement du col ne s'adressent pas à elle. Ils intéressent la muqueuse glandulaire. Or le cancer endocervical est, des cancers du col restant, de beaucoup le moins fréquent.

Si donc on met de côté cette question d'inflammation chronique à laquelle il faut en convenir on fait, à l'heure actuelle, jouer un rôle primordial (il suffit pour s'en convaincre de s'en référer aux travaux qui font du cancer une maladie des cicatrices), que reste-t-il ?

A la vérité, si du problème étiologique on veut tirer une conclusion pratique, ferme, il est aujourd'hui encore permis de dire qu'un seul cas laisse au chirurgien toute tranquillité d'esprit sur l'avenir d'un moignon de subtotale, c'est lorsque l'intervention a été pratiquée chez une *vierge*. Il est essentiel, en

effet, de retenir qu'après une hystérectomie subtotale pratiquée chez la femme vierge on n'a jamais signalé de néoplasie cervicale : le col utérin intact n'appelle pas le cancer. Ce fait intéressant bien mis en évidence par M. le Docteur Gouilloud, enseigné chaque jour par M. le Professeur Tixier, garde encore actuellement toute sa valeur absolue.

En général le cancer du col restant apparaît entre 40 et 60 ans, mais cela éclaire peu, c'est l'âge du cancer et c'est l'âge des interventions gynécologiques si fréquentes au moment de la ménopause où éclatent tant de complications qui conduisent ces malades au chirurgien.

La fréquence de la cancérisation du moignon est bien délicate à préciser. Il manque pour cela la totalité des cas opérés par un chirurgien, puis la possibilité de les suivre tous. On se heurte à une véritable impossibilité matérielle. Ceux qui ont voulu des chiffres ont dit de 1 à 3 pour mille. Qu'importe du reste; l'impression c'est qu'il s'agit là d'un fait beaucoup plus fréquent qu'on ne l'admet en général. Il suffit de se reporter aux communications récentes que nous signalons dans notre bibliographie pour voir que les observations se multiplient, certains auteurs apportant 10, 30, 100 cas nouveaux.

Et puis, nous le répétons, nous désirons étudier le cancer du col restant en lui-même en tant que maladie propre ayant son entité clinique et ses diverses formes.

Enfin il est utile de rappeler à titre purement documentaire qu'il n'y a, à la lecture de cette question

dans la littérature chirurgicale, aucun doute sur la fréquence plus grande de la cancérisation sur le moignon que sur la cicatrice vaginale de l'hystérectomie totale.

Le cancer sur cicatrice vaginale existe, il est vrai, mais encore est-il rare et de plus faudrait-il fort probablement l'alléger de tous les cas de granulome bénin relevant d'un traitement simple et efficace.

En somme, de ce chapitre sur l'étiologie, retenons que :

Le cancer peut apparaître sur n'importe quel moignon d'amputation utérine.

La métrite cervicale peut être une cause déterminante.

La virginité met à l'abri de la cancérisation.

Le fibromé, pas plus qu'une autre lésion utérine ou annexielle, ne semble être une cause favorisante.

Seuls devraient être considérés comme cancers du moignon ceux apparus douze mois au moins après l'hystérectomie subtotale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce chapitre, essentiellement limité à la pathologie du moignon restant après hystérectomie subtotale, nous voulons insister sur :

1° *L'anatomie pathologique microscopique* qui distingue :

a) des épithéliomas malpighiens spino-cellulaires et baso-cellulaires ;

b) des épithéliomas du type glandulaire cylindrique, véritables cancers du corps en miniature ;

c) les épithéliomas bénins du type métrite proliférante intra-utérine qui jouent, à s'y méprendre, l'épithélioma glandulaire cylindrique.

2° *L'anatomie pathologique macroscopique*, qui montrera surtout le terrain bouleversé par l'hystérectomie subtotale préalable, elle soulignera d'une part ce qui reste comme moignon et les possibilités évolutives d'un cancer à son niveau, d'autre part les

difficultés thérapeutiques et plus particulièrement les difficultés chirurgicales.

3° *La biopsie*, élément essentiel, nécessaire à la discussion d'une décision thérapeutique, mais délicate dans sa technique et dans ses interprétations.

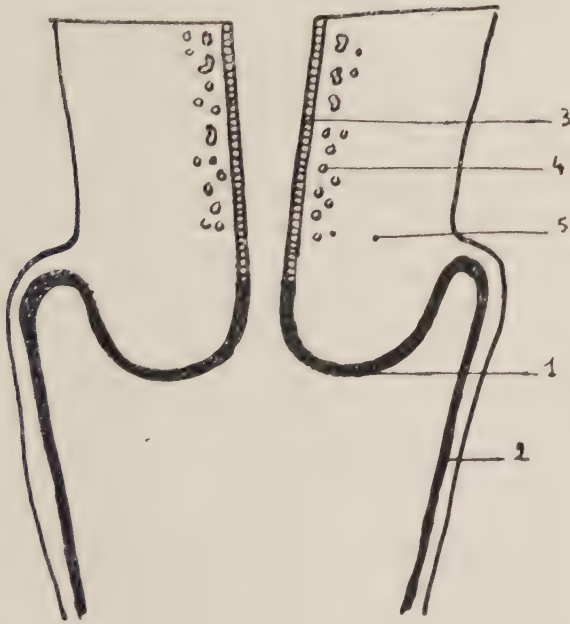
Classiquement, la muqueuse cervicale se continue par une transition insensible avec celle du corps utérin au niveau de l'orifice cervical supérieur. En bas, elle se modifie peu à peu, au voisinage de l'orifice externe, pour prendre progressivement le type pavimenteux de la muqueuse vaginale qui recouvre toute la surface externe du museau de tanche.

Avant que d'aborder ce chapitre, il nous semble utile de préciser par un schéma les éléments devant lesquels on se trouve. Si l'on se reporte à lui, on comprend aisément que l'épithélioma malpighien naît au niveau de l'épithélium pavimenteux stratifié de la portion vaginale du col de l'utérus ⁽¹⁾, véritable muqueuse malpighienne et qu'il a des tendances à mordre sur l'épithélium du vagin ⁽²⁾ et dans le muscle utérin ⁽⁵⁾.

L'épithélioma à type glandulaire cylindrique naît, au contraire, de cet épithélium en miniature qui reste dans le moignon ⁽³⁾ ou, s'il a été détruit, des glandes de la muqueuse. Ses tendances envahissantes vont au muscle utérin ⁽⁵⁾ et ses limites restent intra-utérines. Contrairement au précédent, il n'a point de tendances à envahir la portion vaginale du col.

C'est au niveau de cet épithélium cylindrique intra-utérin ⁽³⁾ ou de ses glandes ⁽⁴⁾ que va naître aussi cette

forme spéciale que nous décrivons sous le nom de métrite proliférante bénigne.



1. Epithélium pavimenteux de la portion vaginale du col de l'utérus.
2. Epithélium pavimenteux du vagin.
3. Epithélium glandulaire cylindrique.
4. Glandes de la muqueuse.
5. Muscle utérin.

Encore ce schéma, précis en ce qu'il montre les divers éléments sur lesquels va évoluer la cancérisation du moignon, est-il inexact en ce sens qu'à sa partie supérieure la cavité utérine est fermée par un tissu cicatriciel, recouverte encore par ses adhérences péritonéales ; mais elle présente à ce niveau un véritable point faible vite franchi pour aboutir à une infiltration intra-pelvienne.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

A ce point de vue, la cancérisation du moignon se présente sous deux aspects bien différents :

a) soit sous forme d'un épithélioma malpighien spino ou baso-cellulaire. C'est la façon la plus fréquente de se présenter de ce cancer. C'est, en effet, le type banal du cancer du col habituel et histologiquement nous n'aurons pas à y insister. Et cependant il présente quelques particularités que nous montrerons ;

b) soit sous forme d'un épithélioma à type glandulaire cylindrique qui, à la manière du cancer du corps, tire son origine de la muqueuse intra-utérine en miniature du moignon restant ou même des glandes non détruites par les manœuvres habituelles de l'évidement ou du grillage du col lors de l'hystérectomie subtotale.

Le microscope ici, en somme, distingue les deux formes habituelles du cancer de l'utérus.

Encore faut-il ajouter que la forme malpighienne est de beaucoup la plus fréquente. Nous n'apportons pas d'observation de la forme glandulaire cylindrique, mais à la lecture des nombreuses observations publiées on voit que celle-ci est signalée et il est logique de l'admettre. Sa rareté cependant tendrait à démontrer l'utilité des manœuvres d'évidement ou de destruction de la muqueuse du col restant. Il est bien entendu que si ce geste n'était point fait on aurait à déplorer un nombre bien plus grand

de cancérisations de ce type. Il faut remarquer cependant l'insuffisance de ces manœuvres en ce qui touche les cancers malpighiens : la muqueuse externe du museau de tanche, qu'elle soit normale ou qu'elle présente des lésions inflammatoires, reste hors d'atteinte de la plupart des techniques adressées au moignon d'hystérectomie subtotale.

Enfin, à notre sens, la rareté de la cancérisation glandulaire cylindrique devrait être plus grande encore, puisqu'il en faudrait distraire cette néoplasie particulière, bénigne, sur laquelle on ne semble pas avoir attiré l'attention et que nous désignons sous le nom de métrite proliférante. Celle-ci est purement inflammatoire. Elle se caractérise par une prolifération hyperplasique de la muqueuse intra-utérine restante et ne se distingue de l'épithélioma glandulaire qu'en ce qu'elle n'a pas sa tendance envahissante et destructrice vis-à-vis du muscle utérin sur lequel elle s'implante.

C'est en somme une discussion analogue à celle que l'on fait pour le cancer du corps de l'utérus. Les deux états ont peut-être des points communs, mais ce qui distingue la malignité de l'un est l'infiltration de la paroi musculaire par les boyaux cancéreux et la bénignité de l'autre est la prolifération souvent considérable, mais en surface, de l'épithélium glandulaire.

Il existe donc, aux côtés des deux formes classiques du cancer utérin du moignon, une forme bénigne difficile à distinguer en ce sens qu'elle revêt absolument au point de vue clinique l'aspect du cancer glandulaire. Il y a là, en effet, une difficulté très grande à

trancher entre un épithélioma du type glandulaire, parti de petite portion de muqueuse utérine conservée dans le moignon et un simple état adénomateux bénin, coïncidant avec certains états métritiques.

Nous verrons ce qu'il faut en penser quant au diagnostic et au traitement.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

Les conditions anatomiques et physiologiques d'un moignon d'hystérectomie subtotala sont évidemment très spéciales. Quelle que soit la forme histologique exacte de la néoplasie, le fait importe avant tout et demande que l'on insiste sur l'état de l'organe sur lequel va se développer le cancer. Il s'agit d'un moignon, d'un fragment d'organe en évolution régressive, soit du fait de l'âge, soit toujours du fait des conditions anatomiques et physiologiques particulières créées par l'hystérectomie.

Il s'agit, en somme, d'un fragment de tissu en partie du type cicatriciel chez des femmes hystérectomisées, donc sans ovaires, sans menstruation, sans causes intrinsèques d'inflammation ou d'irritation. Ce fragment peut évidemment porter encore les traces et les lésions d'un état inflammatoire préexistant qui réalisent, nous y avons déjà insisté dans notre chapitre étiologique, un état précancéreux, terrain propice au développement d'une néoplasie, mais en lui-même il n'est qu'un élément dont l'activité est éteinte, à tous points de vue.

L'hystérectomie qui a précédé, si elle a conservé des connexions vasculaires suffisantes à une vie ralentie du moignon, en a néanmoins considérablement réduit la valeur. Les artères utérines ont été liées, ainsi que les veines et les voies lymphatiques sectionnées. De plus des adhérences péritonéales sont venues cloisonner cette région englobée encore par du tissu de cicatrice. L'utérus, ce point de repère, véritable guide et fil conducteur du pelvis pour le chirurgien, a disparu. Nous aurons à souligner, du point de vue thérapeutique, toute l'importance de cette disparition et les conséquences qu'elle entraîne.

En résumé, les conditions qui commandent l'apparition et le développement du cancer sur un moignon cervical restent-elles exactement les mêmes que sur un col normal ?...

Ici tous les organes sont en place : le col reste bien irrigué avec des systèmes veineux et lymphatiques absolument normaux, la muqueuse n'est pas modifiée. Là, au contraire, le chirurgien a fait son œuvre. Le corps utérin est sectionné, les artères utérines sont liées, les larges veines cervico-utérines ont été sectionnées entre deux ligatures, le cours des lymphatiques est modifié. On peut dire que le moignon d'amputation que représente le col utérin, clef de voûte du dôme vaginal, se trouve dans des conditions nouvelles et bien différentes : vascularisation artérielle réduite, systèmes lymphatiques et veineux en grande partie bloqués. Ce fait anatomique peut, dans une certaine mesure, expliquer les caractères particuliers de la néoplasie qui nous intéresse.

Par toutes les notions précédentes, peut-on prévoir les influences de tous ces facteurs nouveaux ?

Il nous paraît que, de par eux, le cancer semble avoir bien souvent une vitalité restreinte du fait du terrain pauvre sur lequel il évolue. L'isolement anatomique réel du moignon cervical règle, en partie, pour un temps au moins, les possibilités de la néoplasie.

C'est ainsi que les épithéliomas malpighiens les plus fréquents, de beaucoup avons-nous dit, doivent se comporter théoriquement et se comportent effectivement (Obs. I) comme de véritables cancroïdes évoluant sur un moignon cicatriciel. Ils paraissent donc rester une lésion essentiellement locale, limitée au museau de tanche, ne le débordant pas et surtout laissant sa liberté au paramètre comme si ce dernier conservait son indépendance alors que l'on sait combien il est rapidement touché et bloqué dans le cancer du col utérin normal.

Dans les formes glandulaires l'infiltration de voisinage est également absente. Il s'agit, en effet, d'un épithélioma du corps en miniature.

Le moignon se présente comme un véritable petit œuf de muscle utérin aminci, rempli de végétations bourgeonnantes, donc à parois très friables, prêt à éclater, difficile ou impossible à pincer au cours d'une intervention, qu'il s'agisse d'un abord abdominal ou vaginal.

Les adhérences, les cicatrices laissées par la subtotale première, par ailleurs la fragilité des tissus du moignon néoplasique rendent les interventions à son

niveau très malaisées, et plus particulièrement celles par voie abdominale.

Ces données nous paraissent évidentes tant que les lésions restent véritablement limitées au moignon utérin même. Si, au contraire, et cela est fréquent, l'épithélioma malpighien a évolué, soit sous forme bourgeonnante et végétante, soit sous forme ulcéreuse et s'il a mordu sur les culs-de-sac vaginaux il devient alors un véritable cancer vaginal dont il prend toute la gravité du fait de cette extension et des conditions alors différentes.

De même pour le cancer glandulaire, cavitaire qui bourgeonne en vase clos dans sa coque utérine, mais peut déborder cette limite et présenter une évolution vaginale en se greffant sur la muqueuse du vagin ou plutôt détruire progressivement le muscle utérin dans lequel il évolue.

Cette barrière assez résistante peut céder, en particulier au niveau du fond du moignon, véritable point faible et le cancer s'aider, pour pousser son travail destructeur, de phénomènes inflammatoires concomitants en général très marqués. Les limites ont alors dépassé le cadre du moignon utérin proprement dit, et il en découle une aggravation considérable par le fait surtout que sont réduites considérablement les possibilités thérapeutiques.

En somme, la période de début et la période d'extension comportent des éléments bien différents et qui s'opposent.

La forme bénigne de métrite proliférante intra-utérine doit être mise à part. Au point de vue anatomie

pathologique, elle réalise une prolifération intense de la muqueuse et de ses glandes. Elle distend ce moignon utérin évoluant sous tension dans ses parois, laissant le col intact, mais faisant saillie parfois par quelques bourgeons au niveau de son orifice externe. Son caractère essentiel est de conserver intacte la coque utérine, celle-ci peut être distendue, amincie, mais elle n'est point envahie et de cela l'histologie peut en apporter la preuve sur un prélèvement biopsique bien fait.

Cette forme si spéciale joue absolument en clinique, nous le verrons, la cancérisation, mais il importe de la connaître pour y songer et pouvoir ainsi, par une thérapeutique simple, en obtenir la guérison.

Nous avons déjà insisté sur le bouleversement que crée l'hystérectomie subtotale dans la constitution anatomique du bassin. La partie pelvienne du moignon cicatrisée appelle des adhérences, attire les organes voisins et trouble les rapports normaux. C'est ainsi qu'il est fort malaisé de repérer les uretères qui peuvent être attirés, déviés, coudés, comme M. le Professeur V. Rochet l'a montré dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon. On conçoit qu'une intervention dans cette région repère difficilement ces derniers et cela autorise le conseil de M. le Professeur Tixier qui, dans les cas difficiles, demande la mise en place, avant l'opération, de deux sondes intra-urétérales, ces dernières permettant un repérage plus aisé de ces canaux.

Notre observation V réalise un exemple frappant de

ces difficultés, puisqu'une blessure de l'uretère a conduit ultérieurement à une néphrectomie.

Il faut enfin faire une place spéciale à la vessie, l'hystérectomie subtotale favorise en effet la chute de la vessie en arrière. Celle-ci recouvre alors la partie haute du moignon et tombe latéralement de chaque côté de lui. Elle sera donc facilement et très précocement envahie. Notre observation IV en est un bon exemple.

Dans ce cas, la cystoscopie (Docteur Reynard) signale une vessie présentant sur sa paroi postérieure et inférieure des vésicules d'œdème ressemblant à des grains de raisins (état myxomateux) et conclut à une cystite bulleuse. Il n'y a cependant pas d'ulcérations de la muqueuse vésicale mais du fait de ces lésions le cathétérisme urétéral est impossible. De plus le toucher fait sentir une induration nette du cul-de-sac vaginal latéral droit et du cul-de-sac antérieur.

Les lésions vésicales reproduisent exactement celles rencontrées si souvent dans les envahissements de la vessie dans le cancer du col de l'utérus. L'induration des culs-de-sac vaginaux en imposait pour une infiltration maligne du paramètre. Or il s'agissait d'un de ces cas de métrite proliférante bénigne, et les lésions purement inflammatoires ont cédé aisément au traitement.

L'observation ajoute que la malade est entrée à l'hôpital pour des métrorragies. Son état général est très mauvais et elle présente une anémie intense. Son teint jaune paille fait penser immédiatement à une cachexie cancéreuse d'autant qu'elle se plaint de dou-

leurs dans le bas ventre irradiées dans les membres inférieurs et qu'elle accuse des troubles de la miction.

On conçoit qu'il était logique de songer à une cancérisation du moignon de l'hystérectomie subtotale. Les événements ont cependant montré qu'il s'agissait de banales lésions inflammatoires.

III. — LA BIOPSIE

Devant une cancérisation du moignon utérin après l'examen clinique qui permet, soit par le toucher, soit par l'examen au spéculum, de révéler les limites et les extensions de la néoplasie, une biopsie s'impose.

Quelles doivent être les conditions réalisées pour que sa réponse soit utile et valable ? Quelles sont ses possibilités ?

Au point de vue examen microscopique, la question paraît se poser ainsi : Devant un moignon du col suspect on fait une biopsie dont la réponse, suivant les cas, aura une valeur variable.

1° S'il s'agit d'un épithélioma du type malpighien, l'interprétation histologique est, en général, aisée et le plus souvent la biopsie aura été suffisante pour permettre à l'anatomo-pathologiste une réponse affirmative sans hésitation.

Encore faut-il que le fragment prélevé pour la biopsie ait été assez large et profond, mais ce sont là des règles élémentaires.

Il est impossible au microscope seul de répondre si l'on est en présence d'un cancroïde banal ou d'un épithélioma malpighien à pronostic plus méchant. C'est l'extension anatomique des lésions qui fait ce pronostic. Il relève donc, avant tout, d'un examen clinique minutieux (toucher en ciseaux et examen au spéculum).

Les seules interprétations vraiment délicates seraient celles de lésions de cervicite chronique, véritables états précancéreux sur lesquels M. le Professeur Villard et Montel viennent d'insister. Encore sont-elles du domaine des possibilités raisonnables de réponse Anatomico-Pathologique.

S'il s'agit au contraire d'un épithélioma du type glandulaire cylindrique, les choses iront alors tout autrement. L'attention devra se montrer en éveil. C'est là une forme infiniment rare. On est en somme en présence d'un petit néoplasme du corps en miniature. Son évolution anatomique en fait une tumeur végétante intra-cavitaire. La biopsie que l'on porte à l'examen microscopique a le plus souvent porté sur une des végétations intra-cavitaires. Elle présente les caractères d'une néoformation de la muqueuse utérine et rien ne permet d'affirmer sa malignité ou son entière bénignité. Il est certain que, dans ces cas, doit être faite, et elle est assez difficile, une biopsie profonde, très profonde, intéressant le muscle utérin lui-même, de manière à permettre de préciser l'envahissement en profondeur de ce dernier par les éléments glandulaires néoformés. C'est sur l'infiltration des plans profonds que pourrait se fonder un

diagnostic histologique précis. Il nous semble que cette biopsie profonde est dans ces cas d'autant mieux autorisée qu'il s'agit d'un simple moignon utérin dans lequel on peut tailler sans arrière pensée. Le col est intact. Ce n'est donc point sur lui qu'il faut agir. Les bourgeons qui peuvent faire saillie par l'orifice externe sont à eux seuls également insuffisants. Ce qu'il faut, c'est l'élément proliférant de la muqueuse, plus une portion de son terrain d'implantation, c'est-à-dire du muscle utérin. Il nous paraît que pour obtenir ce fragment désirable et indispensable à une réponse valable il faille la main légère, dilater le moignon utérin, fixé préalablement avec une pince de Museux, avec des bougies d'Hegar, peu profondément poussées. On peut alors obtenir une biopsie large et profonde. Les conditions sont favorables à une telle technique. Celle-ci, redoutable à l'extrême lorsqu'elle est pratiquée dans des conditions analogues sur un utérus entier, ne présente point ici les mêmes inconvénients. Sous le couvert de la délicatesse de main on ne risque point là ce coup de fouet si dangereux dans les manœuvres intra-utérines. Il s'agit, en effet, d'un simple moignon et, mise à part la crainte d'une perforation évitée par la prudence dans la dilatation préalable, on n'a point à redouter les poussées salpingiennes et péritonéales si graves dans d'autres conditions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Professeur Tixier)

Epithélioma Malpighien (forme cancéroïde). — Radium.
Guérison depuis huit ans

Mme P... vient l'hôpital le 18 octobre 1922 pour hémorragies particulièrement abondantes depuis quelques semaines et pour douleurs dans la cuisse. Elle a 62 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 70 ans. Sa mère est morte à 31 ans de suites de couches.

Antécédents collatéraux. — Elle a une sœur âgée de 75 ans qui est bien portante.

Antécédents personnels. — Rien à signaler dans l'enfance et l'adolescence. La malade a été réglée à 12 ans régulièrement. Ses règles étaient un peu douloureuses, normales comme quantité, durant quatre à cinq jours. Pas de pertes blanches.

Mariée à 17 ans, elle eut, à 30 ans, un enfant mort-né. Péritonite (?) trois mois après l'accouchement. Appendicite non opérée.

A 40 ans, elle fut opérée à l'hôpital Saint-Joseph pour fibrome et kyste de l'ovaire. Elle n'est dès lors plus réglée. On lui a fait une hystérectomie subtotale.

A 60 ans elle fut opérée à nouveau par M. Durand pour éversion consécutive à la première intervention.

La malade allait bien, ne se plaignait de rien quand, au mois d'août 1922 sont apparues des pertes rouges et des douleurs qui l'amènent à l'hôpital.

Les pertes sont continues avec paroxysmes, abondantes parfois, simple suintement d'autres fois. Elles sont constituées

par du sang rouge avec caillots. Il y a peu de pertes blanches. Cependant, la veille de son entrée la malade a eu une véritable décharge qui a taché toute sa chemise. Ces pertes n'ont pas d'odeur.

Les douleurs siègent dans la cuisse, sur le trajet du sciatique et aussi du nerf obturateur. Elles ne sont pas continues, mais paroxystiques et très vives.

La malade accuse d'autre part, une sensation de gêne continue au niveau du vagin comme s'il y avait là un corps étranger.

Constipation moyenne existant depuis longtemps. Mais phénomènes de cystite : les mictions sont fréquentes (trois fois la nuit) peu abondantes, accompagnées d'une douleur légère.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

L'état général est parfait. Pas d'amaigrissement. Pas de perte de forces. Teint clair.

Le toucher fait constater que le fond du vagin est constitué non plus par un col faisant saillie, mais par une *large ulcération* qui a rongé les deux lèvres du col et a transformé en un cratère l'orifice externe de l'utérus. Cet orifice se découvre avec peine; il est réduit à un véritable placard néoplasique. Le tout est bloqué, ne s'abaisse pas. Il est impossible le pratiquer une intervention chirurgicale.

On se contente donc :

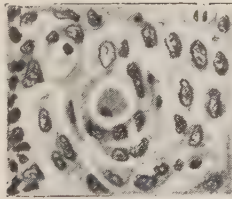
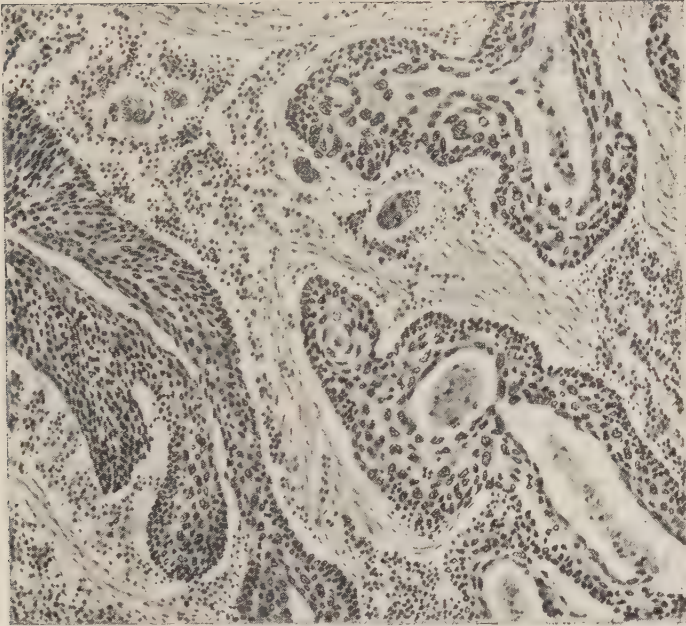
1° De prendre un fragment pour examen histologique ;

2° D'appliquer 100 mmg. de radium pendant quatre jours (19 octobre 1922) un tube dans ce qui représente le canal cervical, l'autre en travers.

Examen du fragment. — *M. Pollosson* 22 octobre. -- Il s'agit sans aucun doute d'un épithélioma ectodermique du type spinocellulaire. Signes d'inflammation intense.

Le 13 octobre 1924. — La malade est revenue se montrer. Les culs-de-sacs sont souples, tout à fait normaux. Il persiste sur la ligne médiane un tout petit bourgeon qui représente le moignon du col cicatrisé et rétracté. Parois recto-vaginale et vésico-vaginale souples. Bon état général, plus de pertes.

Actuellement (1930) cette malade est encore en parfaite santé. Elle n'a jamais accusé de pertes ou de douleurs depuis son traitement par le radium.



OBSERVATION I

*Coupe N° 148 du laboratoire de la clinique
de M. le Professeur Tixier*

Epithélioma du type épidermoïde constitué par des boyaux dont le centre est en général en voie de nécrobiose. Les éléments bordants sont faits d'éléments néoplasiques rappelant les cellules de l'épithélioma basocellulaire. On ne peut cependant s'en tenir à l'étiquette basocellulaire car il existe des ébauches de globes cornés. Nombreuses karyokinèses et monstruosités nucléaires. Le stroma conjonctif assez dense est du type fibreux, infiltré de nombreuses petites cellules rondes (lymphocytes).

En cartouche : Ebauche de globe corné. — Globe épidermique parakératosique.

OBSERVATION II (Docteur Molin)

(Article Gignoux et Pollosson)

Epithélioma Malpighien. — Radium. — Mort après deux ans.

Mme G..., âgée de 24 ans est opérée en 1908, par M. Albertin, pour salpingite (hystérectomie subtotale avec castration bilatérale).

En mai 1922, la malade entre à l'hôpital de la Charité pour des pertes rouges continues datant de trois semaines. Le toucher révèle une ulcération siégeant sur le moignon utérin et saignant au moindre contact. Le cul-de-sac antérieur est envahi par des masses dures qui semblent en continuation directe avec le col. On fait un curetage et on applique 130 milligrammes de radium durant cinquante-six heures. L'examen des fragments montre qu'il s'agit d'un *épithélioma du type ectodermique*.

La malade quitte le service et ne revient qu'en janvier 1924, parce que les pertes rouges ont réapparu. A l'examen l'ulcération cervicale reste minime, mais il y a une large infiltration du cul-de-sac vaginal antérieur et d'autre part la malade souffre dans les membres inférieurs et au moment de la défécation et des mictions.

Le 6 janvier on couche sur la face antérieure du vagin et on plonge dans le moignon néoplasique 130 milligrammes de radium durant quarante-huit heures.

Trois mois après la malade revient pour des hémorragies très abondantes. L'état local s'est considérablement aggravé. Les culs-de-sac latéraux sont largement envahis. L'état général est mauvais. La jambe et la cuisse sont œdématiées.

On applique à nouveau 50 milligrammes de radium pendant huit jours. On apprend que la malade est morte en juillet 1924.

OBSERVATION III (Docteur Molin)

(Article Gignoux et Pollosson)

Epithélioma Ectodermique. — Radium. — Survie deux ans.

Mlle O... n'a jamais eu ni accouchement ni fausse-couche.

Elle a été opérée en 1919 par le Docteur Molin pour un fibrome et un kyste de l'ovaire (hystérectomie subtotale avec castration bilatérale).

Trois ans après, en juin 1922, elle entre à la Charité pour pertes sanguines. Elle a un bon état général, ne présente pas d'amaigrissement. On pense, à une métrite fongueuse sur le moignon et on pratique un curetage. La malade reste guérie six mois environ puis recommence à perdre rouge.

Elle revient à la Charité le 11 mars 1924, car les hémorragies sont devenues très abondantes.

Au *toucher* on perçoit, au niveau du col une masse végétante énorme, comme un gros champignon, saignant beaucoup au moindre contact.

Les culs-de-sac vaginaux sont souples.

On intervient immédiatement en pratiquant un curage digital. En effet, on enlève facilement au doigt les bourgeons qui saignent abondamment.

On tamponne. Le lendemain on enlève le tamponnement. Il subsiste un moignon ulcéro-végétant mobile qui ne saigne plus. On place à son niveau 120 milligrammes de radium pendant quarante-huit heures.

Un mois après, au *toucher*, le col est cicatrisé, sans bourgeons et ne saigne plus. Les culs-de-sac sont souples. L'examen au spéculum montre un fond vaginal, rétracté et sclérosé. Le *toucher* rectal est négatif.

Huit mois après la malade est revue. Elle va parfaitement bien aux points de vue local et général. Elle ne perd plus, ne souffre pas. Elle a engraisé de 7 kilogs. Le *toucher* montre toujours une atrophie totale du fond vaginal sans aucune tendance au bourgeonnement.

Près de deux ans après l'application du radium, le 2 janvier 1926, la malade revient pour pertes sanglantes abon-

dantes et fétides. Elle accuse des phénomènes de rectite, son état général est très précaire.

On pratique un curettage suivi d'un tamponnement. Elle sort, peu améliorée et meurt en juillet 1926.

Examen histologique. — Epithélioma du type malpighien baso-cellulaire.

OBSERVATION IV (Docteur Molin)

(Article Gignoux et Pollosson)

Métrite Proliférante intra-utérine. — Radium.

Guérison depuis huit ans.

Mme A..., 49 ans, entre à l'hôpital pour des métrorragies.

Les antécédents personnels et héréditaires sont sans intérêt. La malade a été opérée le 27 juillet 1923, pour un fibrome utérin, par le Docteur Coronat (de Gap), qui pratiqua une hystérectomie subtotale. Trois semaines environ après cette intervention, surviennent des pertes rouges abondantes et persistantes.

Le 8 novembre 1923, la malade entre à la Charité. Elle présente à ce moment un très mauvais état général, et une anémie intense. Son teint jaune paille fait immédiatement penser à une cachexie cancéreuse, d'autant plus que la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre, irradiées dans les membres inférieurs, et qu'elle accuse des troubles de la miction.

L'examen au spéculum montre un col énorme, œdématié non ulcéré, mais entr'ouvert, et laissant échapper par l'orifice cervical, des bourgeons ressemblant à des fongosités.

Au toucher, on perçoit les bourgeons qui saignent à ce contact, et on sent une induration nette du cul-de-sac latéral. Le Douglas est souple et libre. Le Docteur Reynard, après cystoscopie, signale une vessie présentant sur la paroi postérieure et inférieure, des vésicules d'œdème ressemblant à des grains de raisins (état myxomateux). Il n'y a cependant pas d'ulcération de la muqueuse vésicale mais, du fait de ces lésions, le cathétérisme urétéral est impossible.

On songe, alors, à un cancer du moignon utérin, cancer

ayant son point de départ dans l'isthme venant faire saillie à l'orifice cervical et ayant d'autre part, envahi la vessie.

Le Docteur Coronat, auquel on avait écrit, répond cependant qu'il avait enlevé un fibrome banal, et que la muqueuse de la cavité utérine sur la pièce opératoire n'était en rien suspecte.

Le 23 décembre, un curettage, ramène des bourgeons friables. Il subsiste après cette intervention une petite cavité utérine de 5 centimètres de profondeur admettant facilement un doigt. On place dans celle-ci 120 milligrammes de radium durant quarante-huit heures.

Le 13 décembre, la malade quitte le service. Localement, amélioration très nette. Les culs-de-sac infiltrés se sont assouplis. Les troubles vésicaux ont disparu. Il subsiste quelques pertes rosées insignifiantes.

Le 6 février, la malade revient. Elle a engraisé, ses pertes ont disparu et elle ne présente plus de troubles de la miction. Le col est lisse, sans surface bourgeonnante et ne saigne pas au toucher. Il est parfaitement mobile. Les culs-de-sac vaginaux sont souples. Au spéculum, le col ressemble à un col utérin normal après hystérectomie subtotal.

La malade refuse une nouvelle cystoscopie.

Malgré cet état local et général satisfaisant, on place à nouveau, après dilatation de l'orifice cervical, 120 milligrammes de radium pendant quarante-huit heures et on fait une nouvelle biopsie.

Le 30 octobre 1924, la malade nous écrit qu'elle va parfaitement bien. Elle a repris, dit-elle, beaucoup de forces, a engraisé et n'éprouve aucune douleur.

Résultat des deux biopsies pratiquées :

La première montre un adénome glandulaire du col utérin tumeur bénigne.

On peut, devant les coupes, discuter au point de vue histologique pur entre un adénome ou une métrite chronique et l'on sait que c'est là un diagnostic très malaisé.

On pourrait parler aussi de métrite myomateuse, en se rappelant que celle-ci est fréquente au voisinage des myomes, mais quelle que soit l'étiquette anatomo-pathologique des lé-

sions, on peut affirmer que l'on est en présence d'une néoformation glandulaire typique et bénigne.

La deuxième biopsie, faite après la première irradiation, montre un tissu utérin tout à fait normal. La muqueuse malpighienne du col est régulière, la muqueuse endocervicale avec ses glandes a complètement disparu. Il subsiste, sous forme de petites plages arrondies, des cavités remplies d'un tissu conjonctif lâche, d'aspect myxomateux ; les vaisseaux sont nombreux, à parois épaissies et à lumière presque oblitérée. Cet aspect particulier des tissus relève peut-être des troubles circulatoires en rapport avec les modifications vasculaires constatées, ce qui est fréquent après les applications de radium.

Se porte bien actuellement (1930).

OBSERVATION V (Docteur Molin)
(Communication Guilleminet et Pollosson)

Métrite Proliférante intra-utérine. — Extirpation par voie abdominale. — Ultérieurement néphrectomie. — Guérison.

Il s'agissait d'une malade de 52 ans sans aucun passé génital, qui avait subi dans le service, en décembre 1922, une hystérectomie subtotalaire pour des accidents hémorragiques survenus trois ans après la ménopause. Sur la pièce qui ne fut pas examinée histologiquement, on nota la présence d'un fibrome interstitiel de la corne droite, gros comme une mandarine, et d'un deuxième fibrome sous-muqueux du fond qui selon l'observation écrite alors « était en voie de dégénérescence ou plutôt de sphacèle sans caractère néoplasique ».

Les suites furent longues, marquées par des accidents infectieux : phlébite, infarctus pulmonaires, foyer d'épiloïte suppurée dont l'incision fut suivie d'une fistulette du grêle, tarie spontanément.

Rentrée chez elle en avril 1923, la malade revenait le 3 octobre 1924 perdant de nouveau en rouge depuis janvier 1924.

Au toucher, col de subtotalaire non ulcéré, de volume normal

mobile, paramètre libre. Avant de se déterminer pour un traitement, on entreprit une dilatation du moignon cervical sous-anesthésie et il s'échappa alors du col des bourgeons végétants dont la nature cancéreuse ne parut pas laisser le moindre doute. Les conditions anatomiques paraissaient très favorables à une extirpation chirurgicale, et l'on choisit la voie abdominale pour faire plus commodément une large exérèse et pour contrôler l'état du péritoine supra-cervical qui pouvait être envahi par le bourgeonnement.

Le 7 octobre, sous anesthésie à l'éther nous intervenons avec l'assistance de MM. Girardier et Condamin. Après désinfection soigneuse, le vagin avait été bourré de gaze pour exhausser le moignon cervical et faciliter le décollement vésical.

La première difficulté, la moindre d'ailleurs fut la découverte des uretères, rendue moins facile par l'absence des ligaments infundibulopelviques, et l'état cicatriciel du péritoine. La manœuvre parut s'exécuter cependant de façon satisfaisante des deux côtés. Mais le temps plus délicat fut le commencement du clivage de la vessie. Malgré que le péritoine qui recouvrait le col apparût intact, on circoncrivit la base du col par une incision ovalaire assez large, et s'aidant d'une sonde rigide introduite dans l'urètre et qui repérait le reflet vésical, on parvint à refouler la vessie en bas. Les pédicules utérins atrophifiés furent liés. On put ainsi terminer avec l'impression d'une exérèse satisfaisante comme étendue. Les tissus du paramètre avaient paru non infiltrés et l'on n'avait pas vu de ganglions hypogastriques. Deux incidents avaient marqué l'intervention : la déchirure du péritoine du fond cervical sous une pince de Museux, suivie d'issue de bourgeons néoplasiques dans le Douglas, et une petite brèche faite au rectum adhérent au vagin, au cours de la section de la face postérieure du vagin. Cette brèche suturée fut placée sous une péritonisation haute, le vagin fut drainé par une mèche et la paroi complètement refermée.

Alors que la blessure du rectum ne donna lieu qu'à la fuite de quelques gaz dans les premiers temps qui suivirent l'intervention, celle-ci n'eut cependant pas de suites anodines. Au quatrième jour, en effet, apparaissait une fistule urinaire de suite abondante. Nous pensâmes tout d'abord que la vessie

amincie à l'excès par les manœuvres chirurgicales avait dû s'escharifier en un point. En réalité les examens ultérieurs montrèrent qu'il s'agissait d'accidents sur l'uretère droit, à cinq centimètres environ de l'abouchement. Assez vite apparurent des manifestations d'infection ascendante rénale, des poussées thermiques, et deux mois après cette intervention, après contrôle des fonctions du deuxième rein, le Docteur Molin intervenait avec notre assistance et pratiquait une néphrectomie droite. Le rein était volumineux, avec lésions de pyélonéphrite (bassin distendu) et aspect blanchâtre scléreux de la substance corticale.

A la fin de janvier 1925, la malade quittait le service : nous avons eu d'excellentes nouvelles de son état actuel.



Dégénérescence adénomateuse d'un moignon d'hystérectomie sub-totale pour fibrome (21 décembre 1922).

Extirpation par voie abdominale (7 octobre 1924).

Fistule de l'uretère droit. Néphrectomie droite (18 décembre 1924).

Examen histologique. — Premier examen :

L'examen a porté sur un fragment de muqueuse utérine prélevé par biopsie dans la cavité du moignon.

Cette biopsie a intéressé la muqueuse seule. Il est donc impossible de préciser les rapports de celle-ci avec la musculuse.

On peut dire seulement qu'il s'agit d'une portion d'épithélium glandulaire présentant des lésions inflammatoires subaiguës.

Deuxième examen :

L'examen a porté sur la pièce opératoire. Il a de ce fait été large et a compris toute l'épaisseur de l'utérus.

On constate que la musculieuse est absolument normale et ne présente que de légers signes d'inflammation et une vascularisation un peu exagérée.

La muqueuse épaissie et enflammée montre une augmentation de nombre et de volume des culs-de-sac et des tubes glandulaires. En profondeur les cellules épithéliales restent très ordonnées et ne pénètrent absolument pas dans la musculieuse.

Il s'agit donc d'une simple prolifération de la muqueuse glandulaire. On pense à un état adénomateux analogue à celui que l'on observe dans certaines métrites chroniques.

Il ne s'agit en tout cas certainement pas d'un processus néoplasique malin.

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie du néoplasme du moignon cervical apparaissant après une hystérectomie sub-totale reflète dans ses grandes lignes celle du cancer du col ordinaire. Les lésions sont semblables, provoquent les mêmes désordres, fournissent les mêmes réactions symptomatiques. A peine peut-on dire que les symptômes sont moins marqués, tout au moins au début. Mais cette particularité a peu d'importance car le plus souvent, dans un cas comme dans l'autre, les signes de début passent inaperçus. Il est même intéressant de signaler l'indifférence remarquable de ces malades qui ont déjà subi une laparotomie abdominale et qui, sachant qu'elles n'ont plus ni utérus, ni annexes, demeurent sans inquiétude à l'apparition de petits signes capables d'attirer particulièrement leur attention.

Combien nombreuses sont les malades qui ne vien-

ment à l'hôpital qu'à la période d'état de leur lésion. Cependant, à l'interrogatoire, elles accusent déjà depuis quelque temps un passé gynécologique. C'est ainsi qu'elles signalent une série de petites pertes rouges, gouttes de sang apparaissant en général à l'occasion d'un effort de défécation ou à la fin du coït ; ces pertes laissent la malade sans inquiétude. Elles se répètent cependant à intervalles plus rapprochés et bientôt sans cause apparente. Elles demeurent de petites hémorragies tachant le linge, survenant par intermittence, sans horaire.

Dans l'intervalle de ces pertes rouges, la malade accuse toujours une leucorrhée plus ou moins importante. Les pertes blanches fréquentes après la subtotale deviennent plus abondantes et, fait essentiel, changent de caractère : elles empèsent le linge et marquent sur lui une trace colorée de brun jaunâtre ; c'est qu'elles sont le plus souvent teintées de sang. Ce signe est précoce et de grande valeur.

Rarement, au début du moins, la malade accuse des douleurs. Lorsqu'elles existent, elles se caractérisent surtout par une sensation de pesanteur avec irradiation à type névralgique vers le périnée et la racine des cuisses. Elles se manifestent plus tard avec d'autres caractères et d'autres irradiations.

Au début, l'état général est peu touché. Cependant combien doit être grande la méfiance du chirurgien qui voit revenir une ancienne opérée accusant un amaigrissement progressif accompagné de perte de l'appétit. C'est alors qu'il faut penser à quelque chose d'anormal, interroger avec soin la malade, retrouver

les petits symptômes du début et ne pas oublier de pratiquer un examen systématique du col.

Car rapidement les signes vont en s'aggravant. Les pertes rouges deviennent abondantes. Parfois brusquement apparaît une véritable hémorragie avec caillots. Les pertes blanches ou plutôt roussâtres, très fétides, sont une cause d'ennui perpétuel pour les malades. Leur abondance est grande et elles contribuent pour une bonne part à l'état de cachexie avancée dans lequel on trouve ces malheureuses.

Les douleurs se sont accusées avec plus d'acuité. En même temps qu'une sensation de « corps étranger » signalée par certaines d'entre elles, les malades présentent des phénomènes douloureux plus ou moins aigus, à localisation tantôt abdominale, tantôt périnéale. La douleur dans le bas-ventre est fréquente. Elle n'a aucun caractère brutal, elle est progressive, intermittente, devenant plus vive au fur et à mesure qu'évolue la tumeur. La douleur périnéale s'accompagne d'irradiations fessières.

Ainsi, hémorragies, pertes roussâtres, douleurs sont les troubles principaux qui amènent les malades à l'examen. Et cet examen a une importance considérable car il va non seulement entraîner le diagnostic, mais encore, en renseignant sur le degré d'évolution de la tumeur, poser les indications thérapeutiques.

Le toucher vaginal montre l'existence sur le moignon cervical tantôt d'une induration suspecte, tantôt d'une ulcération plus ou moins profonde, tantôt d'un bourgeon saignant sous le doigt. Il ne doit pas renseigner uniquement sur la présence de la tumeur,

mais encore sur ses caractères évolutifs. C'est ainsi qu'il peut montrer un cancer très limité au col laissant les culs-de-sacs vaginaux, ou plutôt ce qui en reste, absolument libres. Le moignon est mobile, non douloureux, n'adhérant ni à la vessie, ni au rectum. Le toucher rectal, combiné au toucher vaginal, montre la cloison recto-vaginale parfaitement souple.

D'autres fois, on tombe sur une tumeur végétante envahissant tous les culs de sac ou encore un cancer rongeant qui, sur ce col œdémateux, fait des dégâts énormes. Le doigt qui touche perçoit difficilement alors le moignon d'amputation. Les culs-de-sac vaginaux sont indurés, épaissis ; ce qui reste du col est fixé dans une gangue viscérale ; la vessie, en avant, les uretères même, sont souvent pris. D'où la nécessité de faire pratiquer chez ces malades, par un spécialiste, un examen cystoscopique, si possible avec un cathétérisme urétéral, un dosage de l'urée dans le sang et une constante d'Ambard.

On ne saurait trop insister sur cette nécessité de penser toujours à l'envahissement vésical.

La subtotalité a favorisé la chute de la vessie en arrière par-dessus l'orifice interne du col, et il n'est pas étonnant que très précocement celle-ci soit prise.

Au contraire, l'envahissement du rectum est toujours plus tardif et pendant très longtemps la muqueuse rectale mobile glisse sur les plans profonds, alors que toute la région péricervicale est envahie par le néoplasme.

Un examen au spéculum doit compléter le toucher

vaginal. Il permet de vérifier à la vue les caractères de la tumeur que le toucher laissait prévoir : tantôt simple irrégularité déformant le col ou ulcération marginale rongeant le museau de tanche, tantôt prolifération bourgeonnante, sanguinolente, extrêmement friable. Le col apparaît, soit dans sa situation normale, soit attiré, dévié, parfois presque complètement caché, disparu sous la tumeur.

Et l'examen au spéculum permet, sous le contrôle de la vue, de pratiquer une biopsie. Certes, elle est moins utile lorsqu'il s'agit de ces tumeurs végétantes; bourgeonnant à l'extrême, envahissant toute la cavité vaginale ; mais, pour des lésions au début, de petites ulcérations à caractères douteux, seule la biopsie permettant l'examen anatomo-pathologique peut assurer le diagnostic.

Le prélèvement devra porter non seulement sur la lésion, mais encore sur le col lui-même, en plein tissu sain. Ceci a une grande importance et peut fournir des renseignements appréciables, non seulement sur la nature même de la tumeur, mais encore sur ses caractères d'évolution maligne ou bénigne.

Nous avons dit ce que nous pensions de la biopsie dans notre chapitre d'anatomie pathologique sur les conditions nécessaires pour que sa réponse soit utile et valable et sur ses possibilités. Nous n'y revenons pas.

Le cancer du moignon cervical se présente, comme nous l'avons déjà montré, sous deux formes cliniques principales : la forme ulcéreuse, à fond sanieux, purulent, rongant le col, et la forme bourgeonnante.

Nous n'insisterons pas sur ces deux formes cliniques. Elles rappellent par trop de points celles du cancer du col normal pour que nous nous attardions à leur étude.

Mais, à côté de cette forme typique qui, comme nous l'avons déjà fait remarquer, n'est qu'un cancer ordinaire qui se développe dans des conditions anatomiques bien particulières sur un col à innervation, circulation et rôle physiologique complètement transformés, il existe d'autres formes qui, pour être moins souvent signalées par les auteurs, nous semblent avoir une importance considérable par les modifications d'évolution et partant de thérapeutique qu'elles entraînent.

Parmi celles-ci est la forme cancroïde exocervicale. Sa symptomatologie est différente de celle du cancer ordinaire.

Mêmes pertes, peut-être moins abondantes, mêmes phénomènes douloureux, sans doute moins marqués, même hydroporrhée roussâtre inquiétant la malade et l'amenant à consulter. Mais ici le toucher vaginal est tout différent. On perçoit à bout de doigt, sur la lèvre externe du col, une petite ulcération mamelonnaire bien limitée. L'examen au speculum montre cette tumeur localisée qui rappelle, et par sa forme et par son évolution, les cancroïdes qui se développent au niveau de la face.

Cette forme est intéressante à connaître, car elle peut être considérée comme relativement bénigne. Elle évolue en effet lentement sur place, et ce n'est

que tardivement qu'elle s'étend comme un cancer malignien ordinaire.

Enfin, dans ce col restant, à l'intérieur même du canal cervical, peuvent se développer des néoplasies sur lesquelles il nous semble que l'on n'ait pas assez insisté au cours des discussions ouvertes autour de cette question.

On voit revenir à l'hôpital une femme qui a subi quelques années auparavant une hystérectomie subtotale. Elle se plaint de pertes abondantes, rouges au début, roussâtres par la suite, plus ou moins fétides, et la gênant beaucoup. Des phénomènes douloureux se sont montrés en même temps. En somme, au premier abord, on pense immédiatement au cancer. Cependant, au toucher, on ne note la présence d'aucune ulcération sur les lèvres du museau de tanche, aucune prolifération n'occupe les culs de sac. Le col est légèrement augmenté de volume, il est mobile ; le paramètre est libre. Cependant l'orifice cervical est entrouvert et, très fréquemment, le doigt perçoit à l'intérieur du col une sorte de polype saignant, véritable bourgeon qui s'échappe de la cavité cervicale.

On conçoit ici l'hésitation, confirmée encore par l'examen au spéculum. Le col est légèrement œdématié, mais rien n'est visible sur sa surface vaginale ; pas la moindre prolifération, pas la moindre ulcération. Seul le museau de tanche est entrouvert et, par cet orifice, s'échappent un ou deux bourgeons dont l'allure rappelle fort celle du cancer. L'examen endocervical, après dilatation, révèle la présence de bourgeons qui occupent toute la cavité cervico-utérine,

On peut être tenté, d'un coup de curette, de ramener un de ces bourgeons et de l'examiner au microscope. La biopsie faite dans ces conditions n'apporte aucun renseignement nouveau, car elle ne montre qu'une prolifération abondante des cellules de la muqueuse utérine restant après l'hystérectomie.

L'examen général ne révèle rien de particulier et même l'examen cystoscopique (fait dans un de nos cas, Obs. IV) nous a montré des lésions de cystite bulleuse si caractéristiques du cancer du moignon cervical et que certains spécialistes signalent comme test clinique absolu du développement d'une tumeur maligne sur le col utérin. Ainsi, pertes, aspect de néoplasme peuvent faire dire à première vue : cancer du moignon développé à l'intérieur du col aux dépens des restes de muqueuse utérine. Nous pensons que bon nombre de néoplasmes du moignon, considérés comme guéris après simple application de radium, rentrent dans cette classe, car, même avec cette symptomatologie, cet aspect proliférant, cette lésion néoplasique peut être considérée comme bénigne. Les observations que nous apportons, avec preuves histologiques à l'appui, en font foi. Elles ne se rapportent pas à autre chose qu'à des lésions de métrite endocervicale. C'est pourquoi il nous semble utile d'insister beaucoup sur la nécessité de faire une biopsie large, aux ciseaux ou au bistouri, qui intéressera non seulement les bourgeons, mais encore leur base d'implantation largement et surtout profondément. Ces formes métritiques sont intéressantes à signaler, car

leur évolution est toute différente de celle des autres néoplasmes.

L'évolution du cancer malpighien qui nous intéresse varie évidemment dans sa rapidité, suivant les formes anatomiques. Mais toujours il y a tendance inexorable à l'envahissement des organes voisins. La simple ulcération cancrøïdale s'étend plus lentement que le vaste cancer malpighien.

Dans tous les cas, on peut dire que le néoplasme évolue en deux périodes. Une première, où la lésion reste localisée, ne s'accompagnant que d'un œdème du col, du tissu sous-péritonéal et même des organes voisins ; cet œdème s'étend, en particulier, à la vessie, où il se manifeste sous la forme de lésions rappelant la cystite bulleuse : boule d'œdème apparaissant à la cystoscopie au niveau du bas-fond vésical. A cette phase va faire suite la phase des coulées néoplasiques. Elles envahissent le vagin dont la muqueuse sera prise plus ou moins loin, puis très rapidement touchent au péritoine, attirent le bas-fond vésical, envoient dans le ventre des adhérences qui brident les anses grêles et tiennent à l'épiploon. Plus rarement, et dans une phase plus avancée, le cancer atteint le rectum.

Le cancer du moignon de subtotale donne-t-il des métastases ?... Il ne le semble pas. Parmi les observations que nous avons consultées, le fait n'est pas signalé. Peut-être faut-il voir là une conséquence de l'évolution relativement plus rapide de cette néoplasie cervicale. Il n'y a, en effet, pas d'autres raisons pour que les formes cliniques malignes ne donnent pas les mêmes complications que le cancer du col ordinaire.

En somme, bien qu'ayant une évolution redoutable, le cancer du moignon d'hystérectomie subtotale a des formes anatomo-cliniques bien particulières, de gravités bien différentes. Il importe donc d'en faire d'autant plus précocement le diagnostic pour instituer une thérapeutique active.

Nous avons signalé déjà la longue latence d'évolution de la forme cancroïdale. Nous y revenons pour dire que cette forme, à longue échéance, évolue comme le cancer malpighien.

Plus intéressant est le pronostic des formes endocervicales de métrite proliférante. Il s'agit là d'une néoplasie essentiellement bénigne, plutôt même d'une réaction adénomateuse banale, du type inflammatoire de la muqueuse utérine et de ses glandes. Peut-être serait-il dangereux de la laisser évoluer, car il se peut qu'elle renferme en elle des possibilités de transformation maligne. Du reste, son traitement purement local est simple et suffisant. La guérison est de règle.

DIAGNOSTIC

Nous voulons essayer d'envisager la question du diagnostic sous trois chefs :

- 1° Le diagnostic positif ;
- 2° Le diagnostic différentiel ;
- 3° Le diagnostic d'opérabilité.

Le Diagnostic Positif est basé sur l'apparition, chez une femme opérée d'hystérectomie subtotale :

- de pertes rouges ;
- d'écoulement roussâtre ;
- de douleurs à type périnéal,
- sur le toucher vaginal révélant la présence d'une tumeur ;
- sur l'examen au spéculum ;
- sur la biopsie.

Il semble au premier abord que ce diagnostic ne puisse être discuté un seul instant. La lésion paraît

trop nette, trop caractéristique, pour que le doute soit permis.

Et cependant, un diagnostic différentiel est parfois nécessaire, car, s'il faut redouter le cancer, on ne doit pas pour cela oublier que d'autres lésions peuvent se développer sur le col, qui n'ont ni ses caractères de malignité, ni ses conséquences thérapeutiques.

Et, parmi ces lésions, il faut placer en particulier cette forme si caractéristique de métrite proliférante endocervicale dont nous avons déjà parlé.

En somme, le diagnostic de cancérisation paraît très simple au premier abord. La symptomatologie du cancer du moignon reflète dans ses grandes lignes celle du cancer du col habituel. Elle présente des caractères analogues en ce sens que les malades arrivent à l'examen médical lorsque, frappées par des signes extérieurs gênants ou douloureux, l'évolution du mal est déjà avancée et, là comme partout, lorsqu'il s'agit de cancer, on peut dire qu'un diagnostic précoce serait éminemment utile, mais, précocement, les signes manquent ou sont par trop discrets.

Les femmes savent qu'elles ont subi antérieurement une castration, le médecin a pu ou aurait dû les mettre en garde, et cependant on reste étonné de voir avec quelle facilité elles voient réapparaître des pertes plus ou moins malodorantes, des hémorragies même, sans être étonnées outre mesure. Leur étonnement n'a de répercussion pratique que s'il est provoqué par des pertes fort abondantes ou des douleurs, mais ces extériorisations sont malheureusement tardives. C'est alors seulement que les malades arrivent à l'examen.

Nous avons dit, au cours de notre étude clinique, quelles sont les modalités cliniques et les examens qui autorisent un diagnostic positif. Celui-ci, en fait, n'est réel qu'après l'examen d'une biopsie. C'est avant tout un diagnostic histologique. Il est aisé, s'il s'agit d'un épithélioma malpighien, et infiniment plus difficile devant un épithélioma cylindrique glandulaire. Cette dernière forme nous paraît du reste infiniment plus rare, et ce que nous avons exposé au chapitre de la biopsie nous autorise à ne pas insister plus sur ce que nous en pensons.

Pour si aisé que puisse paraître ce diagnostic positif, encore faut-il savoir que diverses lésions peuvent en imposer à tort pour une cancérisation. Il est très important de les connaître, car l'on peut alors éviter parfois des interventions par trop radicales et dangereuses et surtout énoncer un pronostic absolument différent.

Aussi voulons-nous aborder le *Diagnostic Différentiel* en discutant de divers points :

1° Eliminer tout ce qui n'est pas à proprement parler une cancérisation vraie du moignon de subtotale.

Envisager :

2° Les états précancéreux ;

3° Les états pathologiques du col restant après les diverses techniques de grillage et d'évidement ;

4° La métrite proliférante endocervicale, essentiellement bénigne ;

5° Le granulome bénin de la cicatrice vaginale de l'hystérectomie totale.

Enfin :

6° Les divers diagnostics infiniment moins intéressants, parce que plus rares, qui relèvent des ulcérations traumatiques, blennorragiques, tuberculeuses ou syphilitiques.

Il apparaît de toute évidence, à la lecture des multiples observations publiées, plus particulièrement ces dernières années, que beaucoup de cancérisation du moignon ne sont en réalité que des cancers du col ou de l'isthme qui ont passé inaperçus, la subtotalaire ayant été faite alors pour une lésion associée, fibrome ou salpingite par exemple. Le cancer du moignon évolue alors dans des délais très brefs après la subtotalaire et le problème, là, n'est pas mis à sa place véritable.

On comprend fort bien M. Barret qui écrit (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, 1930, p. 559) :
« Dans la subtotalaire, après avoir longtemps, à la fin
« de l'opération, cautérisé ou évidé le col par l'inté-
« rieur, j'ai actuellement complètement renoncé à
« cette pratique. Je coupe le col et je le suture, sans
« plus. Je n'ai jamais vu de cancérisation secondaire
« ni de la cicatrice vaginale après hystérectomie to-
« tale, ni du moignon cervical après hystérectomie
« subtotalaire. »

C'est en somme presque régler le problème. La subtotalaire n'est faite que lorsque le col est sain, sans lésion suspecte, le col de la vierge réalisant le cas idéal. La totale, au contraire, s'impose toutes les fois qu'existe une suspicion quelconque. Il reste seulement la difficulté de savoir quand on peut considérer un col assez normal pour être laissé sans arrière-pensée. On

aimerait alors pouvoir mettre en pratique le conseil donné dans la même séance de la Société par M. R. Monod, qui souhaite non pas tant l'examen histologique de la pièce enlevée par l'hystérectomie subtotale que l'examen microscopique minutieux et systématique de la muqueuse même du canal cervical et du col dont il a fait un large évidence.

« Ces examens, dit-il, pourraient, mieux que toute autre argumentation, nous renseigner sur les coexistences possibles de fibrome utérin et de cancer latent du col, ou sur la soi-disant prédisposition au cancer par le fibrome. »

Mais, cela étant fait, il reste des cancers du moignon, ceux que nous envisageons, qui ne relèvent point d'un cancer discret passé inaperçu au moment de la subtotale et qui sont bien véritablement des cancers du moignon. Un intervalle libre étendu est nécessaire entre l'hystérectomie subtotale et la cancérisation itérative du col restant. Peut-être est-il difficile d'en fixer les limites exactes, mais des exemples comme ceux de notre Observation I, où il y a eu 22 ans, et de notre Observation II, où il y a eu 14 ans entre les deux termes, nous semblent absolument dans le cadre que nous voulons fixer. Un tel intervalle libre n'est assurément point nécessaire, mais il paraît que l'on est en droit, pour discuter sur les bases que nous nous assignons, de demander au moins un intervalle d'une à deux années.

La question des états précancéreux intervient plus, comme nous l'avons déjà signalé dans la discussion étiologie, au titre du terrain ainsi créé, qu'au titre

du diagnostic. Pour dépister de telles lésions, des examens histologiques délicats sont indispensables.

En tous cas, il faut toujours suivre ces cas de très près et les surveiller étroitement, car la cervicité chronique peut être considérée souvent comme « un cancer en graine ».

Il existe, pouvant soulever un diagnostic différentiel, certains états pathologiques du col après hystérectomie subtotale qui relèvent des manœuvres de grillage et d'évidement.

Gignoux et Pollosson signalent un exemple probant de cette éventualité :

Mme V... 38 ans, a été opérée, le 11 octobre 1923, on pratiqua une hystérectomie subtotale pour fibrome. Grillage du col au thermocautère.

Le 6 décembre 1923, la malade revient à la consultation, se plaignant d'une douleur vague sus-pubienne et de pertes rosées, séreuses, sans odeur. Le col paraît un peu enflammé. On pratique quelques pointes de feu.

Le 16 décembre, la malade continue à perdre et on peut à cette époque résumer ainsi l'examen et l'intervention. Le toucher ne révèle rien d'anormal et ne ramène ni sang ni pus. Le spéculum montre un col légèrement éversé à sa partie supérieure avec une muqueuse endo-cervicale un peu ulcéreuse.

Biopsie : lésions inflammatoires banales.

Les cautérisations ignées restant sans effet, on examine la malade sous anesthésie. Avec deux pinces de Museux, l'une sur la partie antérieure, l'autre sur la partie postérieure du col, on attire celui-ci aussi bas que possible. Avec une pince à forcipressure fermée introduite dans le col on tente de vérifier l'état de la cavité sous-péritonéale susjacente. L'instrument pénètre très facilement dans la cavité abdominale. Étonné de cette disposition post-opératoire, dont le mécanisme paraît difficilement interprétable et constatant que le

col ouvert doit maintenir une communication permanente entre la cavité abdominale et le vagin, on décide une intervention.

Elle est exécutée par voie vaginale et consiste en une ablation du col après hémisection antérieure et postérieure. L'hémorragie est abondante. On doit laisser deux pinces à demeure sur les artères utérines et compléter l'hémostase par un tamponnement. Les suites sont simples.

Nous avons eu récemment des nouvelles de cette malade. Elle est parfaitement guérie.

Tout d'abord cette observation est intéressante au point de vue clinique, en ce sens qu'elle montre que lorsqu'on est en présence d'une malade qui vient consulter pour des pertes après avoir subi auparavant une hystérectomie subtotale, on ne doit pas poser trop précipitamment le diagnostic de lésion du moignon. Il peut s'agir d'une complication post-opératoire comme celle que nous signalons.

On peut l'interpréter de la manière suivante : la muqueuse du col a été profondément cautérisée lors de la première intervention. Le col a subsisté sous forme d'un anneau largement ouvert, véritable « pessaire musculaire » rigide, mettant en communication le vagin avec la cavité péritonéale sus-jacente. Cette dernière, cavité close, revêtue de péritoine, paraît avoir été la source de ces pertes rosées, comparable à une ascite hémorragique. L'obturation de ce col pathologique ne se faisant pas, sa présence empêchant du fait de sa rigidité, la cicatrisation de la plaie opératoire, la solution logique était l'exérèse de l'obstacle, la totalisation vaginale de l'hystérectomie subtotale première. C'est ce qui fut fait et la cavité ainsi mise à plat cicatrisa rapidement par bourgeonnement.

Outre que cette disposition constituait à elle seule un incident curieux de la subtotale, l'intervention se montra d'exécution fort difficile et fut très hémorragique.

Ceci permet d'attirer l'attention sur la difficulté très grande des interventions itératives sur moignon utérin. Les conditions étaient cependant idéales, le col mobile, les tissus avoisinants souples et il ne s'agissait en aucune façon de lésions suspectes de malignité.

En définitive, à la lecture de cette observation et des considérations qui en découlent, il faut convenir qu'il s'agit là d'un accident rare.

En réalité, une seule affection mérite une discussion serrée, c'est la métrite proliférante endocervicale bénigne à opposer à la cancérisation glandulaire cylindrique. Là encore, il faut éliminer les continuations comme celles qui peuvent survenir après une hystérectomie subtotale faite pour un cancer du corps. Une telle éventualité, si tant est qu'elle soit défendable, doit, en tout cas, être très exceptionnelle, l'hystérectomie subtotale n'étant point l'intervention logique du cancer intra-utérin. Mais ces cas étant mis à part, il reste, et nous l'avons suffisamment définie dans les chapitres précédents, la métrite proliférante endocervicale (Obs. IV et Obs. V). Son diagnostic se fait en se basant sur la rareté certaine de l'épithélioma cylindrique glandulaire du moignon et sur l'apparition relativement précoce de ses symptômes après l'hystérectomie subtotale. Les malades se présentent généralement avec des pertes abondantes, rouges le plus souvent, ou bien avec de simples pertes blanches. A l'examen au spéculum, on découvre un col gros et œdémateux. Par son orifice externe font parfois saillie quelques bourgeons fongueux, mais la lésion est intracavitaire. Ce qui ajoute à la confusion vient d'une part de l'état général, parfois très atteint de par l'abondance et la durée des pertes, pouvant aller jusqu'à entraîner un état d'anémie avec teint jaune paille, d'autre part, anatomiquement, de l'extension possible des infiltrations inflammatoires, plus particulièrement

du côté de la vessie (voir Obs. IV). Tout, fonctionnellement et physiquement, conduit à une erreur et le diagnostic de cancérisation est affirmativement posé. Il est nécessaire, pour établir la distinction, de pratiquer une légère dilatation du moignon et de pratiquer, grâce à elle, une biopsie large et profonde. Elle seule peut renseigner utilement.

Un autre diagnostic peut encore être discuté. C'est celui qui se pose entre une cancérisation du moignon de subtotale et une cancérisation de la cicatrice vaginale d'une hystérectomie totale. A priori, ce diagnostic ne devrait point mériter d'être signalé. La notion de l'opération première suffirait à la trancher immédiatement. Mais les malades ne possèdent point toutes une fiche opératoire, cela est un exemple qui souligne sa nécessité, et il arrive qu'elles se présentent à l'examen, sans indications et sans souvenirs précis sur l'opération déjà subie, avec une ulcération végétante évoluant au fond d'un vagin étroit. Il est impossible de savoir s'il s'agit d'un petit moignon atrophique présentant une néoplasie ulcéro-végétante, ou d'une néoplasie à caractères analogues évoluant sur une simple cicatrice de totale.

La cancérisation après hystérectomie totale est très certainement beaucoup plus rare que la cancérisation du moignon.

Cela est déjà un fait. Il reste encore une erreur possible : très fréquemment, la cicatrice de l'hystérectomie totale présente un caractère végétant et suintant qu'il faut bien retenir, car il relève d'un simple bourgeon charnu, d'un granulome banal. Clinique-

ment, cela peut en imposer pour une cancérisation. Il nous a été permis d'observer une malade ayant subi cinq ans auparavant une hystérectomie totale pour cancer du corps de l'utérus. Après cette intervention, avaient subsisté pendant des années de petites pertes tantôt séreuses, tantôt sanglantes, et quand, cinq ans après, nous avons eu l'occasion d'examiner cette malade, le toucher nous révéla au fond du vagin des bourgeons qui en imposaient pour une cancérisation. L'examen au spéculum confirmait encore ce diagnostic. Or, la biopsie montra qu'il s'agissait de simples bourgeons charnus dont la guérison fut obtenue par une simple cautérisation au nitrate d'argent.

Il reste enfin à diagnostiquer les ulcérations diverses qui peuvent dépendre soit d'un traumatisme, ou d'une atteinte blennorragique, tuberculeuse ou syphilitique. Nous n'y insistons pas. Outre que ces raisons sont très exceptionnelles, elles ouvrent des discussions diagnostiques complexes et classiques.

En fait, le chapitre du diagnostic différentiel repose essentiellement sur la biopsie. Elle seule peut apporter des éléments de sécurité suffisante.

Le diagnostic clinique et le diagnostic histologique de néoplasie étant portés, il reste à poser le diagnostic de l'opérabilité, qui est le dernier souci du chirurgien. Pour ce faire, l'examen clinique importe avant tout. Le toucher en ciseaux fixera sur l'étendue du mal, soit du côté du col et de la cavité vaginale, soit du côté du paramètre et des organes pelviens. L'examen au spéculum complète en partie ces données. Il est né-

cessaire de pratiquer une cystoscopie pour juger de l'état de la vessie et surtout ne pas confondre une cystite bulleuse œdémateuse banale avec un envahissement néoplasique (Obs. IV). Le cathétérisme des uretères permettra de vérifier leur intégrité ou une coupure à leur niveau.

Il est banal de demander encore de peser avec soin l'état général et la résistance de la malade.

Mais nous insistons pour dire combien il est difficile d'interpréter la réalité d'une extension néoplasique et de faire la part exacte de ce qui revient, soit à l'inflammation simple, soit à la malignité.

Seront opérables théoriquement, les notions d'état général mises à part, tous les cols mobiles, tous les moignons qui, même fixés, ne donnent pas de signes péritonéaux ou viscéraux (vessie, rectum, etc...), toutes les tumeurs qui n'auront pas envahi largement les parois du vagin.

En réalité, à notre sens, le diagnostic d'opérabilité perd de son intérêt si, avec nous, on conclut, comme nous le verrons au chapitre thérapeutique, que les interventions sont essentiellement dangereuses et pénibles techniquement parlant, et que l'on possède, dans la physiothérapie, dans la radiumthérapie en particulier, une arme infiniment plus souple et efficace.

TRAITEMENT

Les indications thérapeutiques découlent de l'extension des lésions, des conditions particulières dans lesquelles se développe ce cancer et de la forme histologique de la tumeur.

Il est certain qu'en présence d'un cancer qui a envahi paroi recto-vaginale et rectum, péritoine et épiploon, vessie et uretères, il ne peut être question d'intervention chirurgicale. Cela veut-il dire que l'on soit complètement désarmé ?... Nous ne le pensons pas. La curiethérapie est encore une ressource à laquelle on peut penser quand le bistouri ne peut plus rien. Nous verrons plus loin ce que l'on peut attendre d'elle dans d'autres cas.

Elle a toujours le mérite d'arrêter les hémorragies et de diminuer les phénomènes infectieux surajoutés.

Mais si, chez certaines malades, il ne peut être question d'intervention chirurgicale, il est d'autres cas, au contraire, qui paraissent appeler une opération,

Tels sont ces néoplasmes bien limités au col, sans atteinte des organes voisins, s'accompagnant d'un bon état général. Il semble que l'on se trouve en présence de cas faciles, où se réunissent toutes les conditions requises pour mener à bien une intervention qui tendra à l'exérèse de la lésion.

Un premier moyen est l'ablation localisée réalisée par le curettage. Il est évidemment insuffisant contre le cancer, même lorsqu'il s'agit de la forme cancéroïdale particulière au moignon d'hystérectomie subtotale. Le curettage a de la valeur en ce qu'il peut quelquefois favoriser la mise en place des tubes de radium et devenir ainsi le premier temps de la curiethérapie. Il sera très utile dans les formes très hémorragiques ; il constitue alors un nettoyage qui est loin d'être parfait, mais qui apporte un soulagement passager aux malades profondément anémiées.

Nous en arrivons à l'ablation large effectuée par laparotomie abdominale ou par voie vaginale.

Les conditions nécessaires pour que l'intervention chirurgicale puisse être indiquée sont :

1° La localisation du cancer sur le col ou dans son voisinage immédiat, sans envahissement des organes voisins, avec vérification cystoscopique.

2° Le bon état général de la malade.

3° La mobilité du moignon cervical vérifiée à plusieurs examens.

4° La forme maligne de la néoplasie.

C'est alors qu'il faut se souvenir du terrain sur lequel on se trouve. Nous en avons déjà parlé, mais nous insistons encore sur ce point,

Développé sur un organe cicatriciel, sans connexions vasculaires importantes, ce cancer peut paraître particulièrement accessible à la chirurgie.

Et cependant, combien difficile va être l'intervention ! Dans ce petit bassin où le chirurgien a déjà passé, les rapports anatomiques sont changés.

On comprend que deviennent pénibles et souvent même impossibles les manœuvres d'exérèse, lorsqu'on les tente sur un col déjà adhérent autour duquel aucun repère ne guide, aucun plan de clivage ne se présente, au doigt.

Des deux méthodes qui s'offrent au chirurgien, la voie vaginale est à première vue séduisante. Ne paraît-il pas facile d'aller extraire ce bouchon qui ferme l'extrémité supérieure du vagin ? Mais les apparences sont trompeuses. Nombreux sont ceux qui ont insisté sur la difficulté des interventions itératives sur le moignon cervical utérin. L'abaissement se fait mal, et surtout, fait qui peut sembler paradoxal en présence de ce moignon privé de grosses connexions vasculaires, l'intervention est toujours très hémorragique. Voilà des points de technique qui peuvent faire hésiter. Si l'on songe, en outre, que le degré d'extension du néoplasme peut entraîner à une opération plus large qu'on ne l'avait prévu, on comprend facilement que bon nombre de chirurgiens aient renoncé à cette voie d'accès.

Reste la voie abdominale. Elle est préférée et conseillée par la plupart des chirurgiens ; M. le Professeur Jean-Louis Faure en fait la voie de choix dans le traitement du cancer développé sur moignon uté-

rin. Guilleminet et Pollosson ont insisté particulièrement sur cette voie d'abord, et leur cas est tout à fait suggestif. Le corps de l'utérus n'est plus là pour servir de guide. La découverte du moignon enfoui au milieu du tissu cicatriciel, caché sous le péritoine adhérent et mal décollable, n'est pas chose facile. Son isolement n'est le plus souvent pas très aisé. Les organes voisins, notamment les uretères, attirés dans le tissu de cicatrice, sont un danger constant de cette opération, aussi bien que de celle par voie vaginale. Sans l'utérus, guide habituel des opérations péloviennes, on risque de léser bon nombre d'organes et une de nos observations (Obs. V) en est un exemple bien caractéristique. On conçoit cependant que, dans les cas de lésions bien limitées, on doit donner à la voie abdominale la préférence sur la voie vaginale : elle permet d'avoir plus de jour, de garder durant toute l'intervention une vision claire de l'étendue du cancer et de le poursuivre aussi loin que possible.

Mais, pas plus par la voie abdominale que par la voie vaginale, on ne peut espérer enlever un cancer déjà étendu qui atteint les organes voisins adhérent au col par les cicatrices de l'opération précédente. Le chirurgien taille alors en plein tissu cancéreux, n'osant quitter le contact du col pour ne pas se perdre dans les organes nobles. Aussi nombreuses sont les observations signalant que l'exérèse totale a été impossible et qu'on a dû se contenter d'opérations partielles, par conséquent insuffisantes. Donc, l'ablation par les méthodes chirurgicales reste indiquée dans des cas très favorables, parmi lesquels on doit encore faire un

choix pour en réserver quelques-uns à une autre thérapeutique dont ils sont plus particulièrement justifiables.

Nous en arrivons à la forme histologique du cancer que la biopsie a permis de préciser. Si toute forme à extension rapide demande une exérèse précoce, il en est une, par contre, qui semble ne pas nécessiter d'intervention chirurgicale importante : nous voulons parler de la forme cancroïde, dont nous rapportons une observation (Obs. I). Il s'agit d'une néoplasie à évolution infiniment lente, sans grande extension et surtout à cellules particulièrement radiosensibles. C'est pourquoi, avant toute intervention, lorsqu'on veut agir d'une façon efficace, mais non dangereuse, on doit se demander si la gravité même de l'acte chirurgical, moyen idéal, mais difficilement réalisable dans le cas qui nous intéresse, ne doit pas faire recourir à la stérilisation par les agents physiques.

L'exérèse ne sera alors indiquée qu'en cas de récurrence ou de persistance de la tumeur après le traitement par le radium.

Nous ne signalerons que pour mémoire la radiothérapie. Elle a été tentée par différents auteurs, surtout en Allemagne et en Autriche. Elle nécessite des installations très compliquées et dispendieuses, et surtout, elle ne semble pas devoir donner des résultats bien appréciables.

Elle est en outre d'application extrêmement délicate. Elle est donc à rejeter, du moins jusqu'à nouvel ordre.

La curiethérapie, au contraire, semble donner sur

le cancer du moignon d'hystérectomie subtotale, des résultats particulièrement intéressants, et jouir d'avantages réels.

Elle est d'application facile. Elle n'est pas dangereuse, quand elle est faite dans des conditions normales. Sans parler des formes métriques précancéreuses, où, en supprimant les pertes, elle fait disparaître d'un même coup la lésion causale elle est curatrice des formes à type cancéroïdal pour lesquelles le curettage isolé est trop peu et l'ablation totale beaucoup trop. Enfin, c'est un moyen palliatif excellent dans les formes végétantes et envahissantes qui sont au-dessus des ressources de la chirurgie. Dans la forme métrite proliférante intra-utérine, la curiethérapie donne des surprises heureuses. C'est donc un traitement de choix. La mise en place des tubes de radium est en général facile. On place dans les culs de sac vaginaux, sur le col et si possible dans la cavité cervicale des doses relativement faibles de radium. Dans nos applications, les doses ont été de 120 à 130 milligrammes, laissés pendant 48 à 72 heures.

Certains ont associé la radiothérapie profonde à la curiethérapie.

Tous cependant n'accordent pas à la curiethérapie l'innocuité et l'action que nous voudrions lui donner. Mme Laborde et Mlle Roques écrivent que le traitement par le radium s'effectue dans de mauvaises conditions à cause de la disposition anatomique de ces épithéliomas à tendance extensive vaginale et à cause de la disparition de l'utérus. Pour Douay, l'application du radium sur moignon cancéreux est difficile. L'ab-

sence du corps utérin empêche de placer les tubes correctement. Les dangers de perforation et de péritonite rendent le curiethérapeute trop prudent et de ce fait l'application est inefficace.

Nous ne croyons pas, pour notre part, à une telle difficulté. Comparée à l'ablation du col avec évidence de ce qui reste des ligaments larges, opération pénible sur un moignon cancéreux friable qu'on ne peut attirer, l'utilisation du radium paraît simple.

En résumé, au point de vue thérapeutique, les exérèses, tant vaginales qu'abdominales, gardent de par les adhérences et les modifications anatomiques créées par l'intervention première une complexité et une gravité incontestables.

Il nous semble qu'à part les rares cas où il s'agit d'une petite ulcération à son début sur un moignon encore mobile, où l'exérèse vaginale est permise, le traitement rationnel relève de la curiethérapie. Elle a l'avantage d'être curatrice en elle-même et d'autoriser par ailleurs une ablation itérative dans des conditions meilleures. Pour nous, sauf de très rares exceptions, cette ablation chirurgicale est bien loin d'être indispensable.

Nous n'hésitons pas à préconiser le radium comme traitement de choix du cancer du col sur moignon d'hystérectomie subtotale.

CONCLUSIONS

I. — Nous étudions le cancer du col restant en lui-même, en tant que maladie du moignon de l'hystérectomie subtotale, et non point pour discuter une fois de plus des avantages ou des inconvénients réciproques de l'hystérectomie totale et de l'hystérectomie subtotale.

II. — A l'aide d'observations personnelles, suivies, appartenant à M. le Professeur Tixier et à M. le Docteur Molin, nous montrons :

a) Que le cancer évolue du fait de l'opération préalable sur un organe dont les conditions anatomiques et physiologiques sont tout à fait spéciales;

b) Qu'il existe des formes de cancer variables dans le degré de leur malignité et que, en particulier, l'une d'elles se rapproche du cancroïde cutané banal, bénéficiant dans cette analogie d'une relative bénignité;

c) Qu'il existe des extériorisations cliniques qui en

imposent pour un cancer du moignon et qui n'en sont pas.

III. — La thérapeutique insiste sur :

a) Les difficultés et les dangers des exérèses par voie abdominale ou vaginale;

b) Les avantages du radium, en particulier dans la forme cancroïde et dans la forme métritique endocervicale.

Vu :

Le Président de la Thèse :

TIXIER.

Vu :

Le Doyen :

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 Juin 1930

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — *Traitement du cancer du col utérin* (Thèse Lyon, 1927).
- AYMERIC. — *Evolution du moignon cervical après hystérectomie subtotale* (Thèse Toulouse, 1910).
- ANDREW F. CURRIER. — *On the possibility of the development of cancer in the cervical stump following supravaginal hysterectomy* (New-York, Journal 28 juillet 1906).
- BAZY. — *Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris* (1905, p. 533).
- BEGOUIN. — *Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris* (16 février 1910, p. 179).
- BELBÈZE. — *Quelques inconvénients de l'hystérectomie subtotale dans les suppurations pelviennes* (Thèse Lyon, 1909).
- BENDER et LARDENNOIS. — *De la dégénérescence épithéliomateuse des fibromyomes de l'utérus* (Bull. Soc. Anat., 8 octobre 1904, p. 774).
- BERTRAND. — *Transformation néoplasique sur moignon utérin à la suite d'hystérectomie subtotale* (Thèse Lyon, 1901).

- BOEKEL. — (Strasbourg) *De l'hystérectomie abdominale totale et subtotale* (Rev. de Gyn. et de Chirurg. Abdom., 30 juin 1906).
- BOVÉE. — *Surg. Gyn. and obst.* 1909 (Vol. IV, n° 3).
- BURCKHARD. — *Recherches expérimentales sur le sort des ovaires des trompes et des moignons utérins chez les lapins* (Zeitschrift für Geburtshülfe und gynakologie, 1906, p. 63).
- CAMERON (S. J. M.). — *Some complications and degenerations of uterine myomata* (Glasgow Med. Journ., 1905, XIV, p. 441).
- CAZENAVE. — *Considérations cliniques et opératoires sur une série de 144 cas d'hystérectomie abdominale. Pour fibrome* (Revue de Gyn. et Chir. abdo., 10 août 1905).
- *Considérations cliniques et opératoires de la fibromatose utérine* (Thèse Paris, 1906).
- CHAPUT. — *La subtotale hâte l'apparition du cancer du col* (Bull. et Mém. Soc. Chirur., Paris 23, mai 1910, p. 611).
- CHEVRIER. — *L'hémostase dans l'hystérectomie abdominale totale* (Annales de Gyn. et d'Obst., 1910, p. 88).
- CLAISSE. — *Développement des fibro-myomes* (Thèse Paris, 1900).
- COMBRIS. — *Coincidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus* (Paris, 1905).
- CONDAMIN. — *Dégénérescence épithéliomateuse du moignon utérin après hystérectomie supra-vaginale* (Bull. Soc. Chir. Lyon, 27 décembre 1900 et Semaine Gynéc., 1902, p. 113).
- DANIEL. — (Thèse Paris, 1905).
- DEANER (J. B.). — *Hysterectomy for fibroids of the uterus with a report of 250 operations* (Am. of obst. N. Y., 1905, LII, 858).
- DELEUZE. — *Dégénérescence cancéreuse du moignon du col après hyst. subtotale* (Thèse Montpellier, 1913).
- DERIART. — *Traitement des fibromes par l'hystérectomie totale* (Paris, 1897).
- DESCOMPS et DESMAREST. — *De l'hémostase dans l'hystérectomie totale* (Soc. Anatomique, 11 décembre 1909).
- DOYEN. — *Congrès de Chirurgie de Paris* (1893).

- DUNET. — (Lyon Médical, 1925, p. 636).
- DUVERGEY. — *Moignon cervical douloureux après hystérectomie subtotale* (Bull. et Mém. Soc. Gyn. et Obst. Bordeaux, 24 janvier 1922).
- FAURE (J. L.) — *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris* (1905, p. 552; 1926, p. 1031).
- FERRARI (F.). — *Le cancer du moignon cervical* (L'Algérie médicale, octobre 1929).
- FERRY (G.). — *L'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome* (Rapport de M. Robert Monod) (Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, 1930, p. 592).
- FORGUES et MASSABUAN, LE DENTU et DELBET. — *Gynecol in.*
- FRANK. — *Le carcinome du moignon cervical après hystérectomie supra-vaginale et le traitement par le radium du cancer du col* (American Journ. of Surgery, 1920, p. 149).
- GAWROUSKY. — *Archives fur Gyn.* (Vol. 47, p. 271).
- GIGNOUX-POLLOSSON. — *Accidents survenant au niveau du moignon cervical après hystérectomie subtotale* (Lyon Chirurg., 1925, p. 330).
- GILLOT. — *Hystérectomie abdominale totale et supra-vaginale pour fibromes* (Thèse Paris, 1905).
- GOFFE. — *American Journ. of Obst.*, 1890.
- G. GREY-TURNER. — *A case of cancer of the cervix after supra-vaginal hysterectomy for fibroid* (Britt. Medical Journal, 14 oc. 1905).
- GUILLEMINET-POLLOSSON. — *Extirpation par voie abdominale d'un moignon d'hystérectomie subtotale pour accidents ayant fait croire à sa cancérisation secondaire* (Lyon Médical, 1925, p. 630).
- GUINARD. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie Paris* (1903, p. 1032).
- HARTMAN. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgicale de Paris* (16 février 1910).
- HAUSEN. — *Über die uterusstrumpfe supravag* (Zentralblatt f. Gyn. Leipzig, 1913).
- HEGAR. — *Zur sogenannten carcinomatosen degeneration des uterusmyom* (Beit zur Geb. und Gyn., 1901, Tome IV, p. 403).

- HENNIG. — *Virchow's Archives* (Vol. 130, p. 509).
- HEYWOOD-SMITH. — *British Med.*
- HOFMEYER. — *Traitement rétropéritonéal de la myomectomie* (Centralblät für Gyn., décembre 1893).
- JACOBS. — *Congrès de Chirurgie* (Paris, 1893).
- *Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.* (1891).
- JACOULET. — *Les greffes opératoires* (Archives gén. Chirurg., 1910).
- JEANNENEY (G.). — *Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale* (Revue française de Gyn. et d'Obst., mai 1929).
- JEANNENEY-CHAVANAZ. — (Bull. Mens. Soc. Chirurg. Paris, 1926, p. 333).
- JOHNSON. — *Annales Gynécologiques* (février 1892).
- KARL-KOBER. — *Beitrag zur operationen myombehandlung* (Beit zur Geb. und Gyn., T. VIII, p. 465).
- LABADIE-LAGRAVE-LEGUEU. — *Traité de Gynécologie* (Paris, 1904).
- LABBÉ. — *Journal de Médecine et de Chirurgie* (septembre 1880).
- LABORDE (Simone) et ROQUES (Alice). — *Epithéliomas développés au niveau du col de l'utérus après hystérectomie subtotale* (Soc. de Gyn. et d'Obst., février 1928, p. 123).
- LAUWERS. — *British Med. Journal* (1896).
- LECÈNE. — *Journal de Chir.* (janvier 1910, p. 1).
- *Société Anatomique* (1904).
- LEOUTE. — *Revue de Chirurgie* (1894, n° 6).
- LEPAGE. — *Contribution à l'étude du traitement du cancer utérin par le carbure de calcium* (Thèse Paris, 1905).
- LESCURE. — *Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer du col de l'utérus* (Thèse Paris, 1905-1906).
- LESOBRE. — *La dégénérescence cancéreuse du moignon utérin après hystérectomie supra-vaginale pour fibrome* (Thèse Paris, 1907).
- LUMPE. — *Zentralblat für Gyn.* (1905, p. 44).
- MAGNANI. — *Ann. di Ost. et Gyn.* (Roma, 1912).
- MARTIN. — *Traité clinique des maladies des femmes.*

- MAUCLAIRE. — *Cancer des cicatrices* (Tribune médicale, 1901).
— *Greffes cancéreuses secondaires* (Soc. d'Obst., Gyn. et pédiatrie, 1907).
- MENGE. — *Zentralblatt für Gyn.* (1895, p. 453).
- MERCADE. — *La période post-opératoire* (Bull. et Mémoires, Soc. Chir. Paris, 1926, p. 333, p. 814).
— *La période post-opératoire* (1 vol., 1910).
- MÉRIEL. — *Evolution du moignon cervical après hystérectomie subtotale* (Annales de Gynécologie, 1910, p. 354).
- MERUL. — *De l'évolution du moignon cervical* (Soc. d'Obst., 2 mars 1910).
- MICHON (L.). — *Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus* (Thèse Lyon, 1923).
- MILLON. — (Du Caire) *The Lancet* 1890).
- MONOD. — *Epithélioma du col restant après hystérectomie* (Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 1926, p. 814).
- MONTÉL (G.). — *Cervicite chronique et cancer du col* (Thèse de Lyon, 1928).
- MONTILLIER. — *Accidents imputables au moignon cervical, après hystérectomie subtotale* (Thèse Bordeaux, 1922).
- MOURLHON. — (Thèse Paris, 1904).
- OLIVA. — *Annali di Ost. et Gyn.* (Roma, 1912).
- PANON. — *De la leucorrhée du moignon cervical après hystérectomie supra-vaginale.*
- PARRICALE. — (Thèse Paris, 1908).
- PÉAN. — *Congrès de Chirurgie* (Paris 1893).
- PERAIRE. — *Fibromes de l'utérus et métrite glandulaire* (Bull. Mém. Soc. Chir. Paris, 1905, p. 532).
- PINARD. — *Annales de Gyn. et d'Obst.* (1905).
- PIQUAND. — *Les dégénérescences des fibromes de l'utérus* (Thèse Paris, 1905).
- POZZI. — *Traité Gynécologie* (1905, T. 1).
— (Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 19 décembre 1903).
- QUENU. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris* (1903, p. 1077).
— *L'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes* (Semaine Gyn., 1890).
- RADIER. — *De l'évidement systématique du col de l'hystérectomie subtotale* (Thèse Montpellier, 1912).

- RICARD. — *Fibrome utérin et cancer du col ignoré par Sava-riaud* (Bull. et Mém. Soc. Chir., 25 décembre 1906, p. 1090).
- RICHELOT. — *Communications à la Société Chirurgie de Paris* (Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 10 novembre, 24 novembre, 3 décembre, 15 décembre 1903 ; 6 juin, 27 juin 1905 ; 29 mars, 7 juin, 14 juin 1906).¹
- RIOTTE. — *Cancer du moignon cervical* (Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1921, p. 441).
- ROCHARD. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris* (25 nov. 1903).
- ROCHET (V.) — *Troubles de la fonction urétérale après certaines opérations gynécologiques* (Soc. de Chirurgie de Lyon, janvier 1924 ; Lyon Chirurgical, 1924, p. 372).
- DE ROUVILLE. — *Evidement systématique du col* (Montpellier médical, p. 287, 1919).
- SAINTOT. — *L'endométrite et les lésions annexielles de la fibromatose utérine* (Thèse Paris, 1906).
- SCHWARTZ. — *De la valeur des hystectomies abdominales totales et subtotaies* (Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 1903, p. 989).
- SHEUK. — *Archiv. fur Gyn.* (p. 445).
- SOREL. — *Dégénérescence cancéreuse du col après hystectomie subtotale* (Bull. Soc. Chir. Lyon, 4 mai 1906).
- TERRIER. — *De l'hystérectomie abdominale totale et partielle* Onzième Congrès Français de Chirurgie (22 octobre 1898, page 786 du rapport).
- TIXIER. — *Sur les complications éloignées de la simple hystérectomie subtotale pour fibrome et pour cancer du corps* (Lyon chirurgical, 1923, p. 250).
- *Indications et traitement chirurgical dans les fibromes utérins* (XXXIII^e Congrès français de Chirurgie, 1924).
- *Discussion à l'occasion d'une communication de M. le Professeur VILLARD à propos du Wertheim* (Soc. Chir. de Lyon, 1930).
- VANVERTS. — *Dégénérescence maligne du moignon cervical après hystérectomie subtotale* (An. Soc. belge de chirurgie de Bruxelles, 1907, p. 233).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	13
ETIOLOGIE	18
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	27
a) Microscopique	30
b) Macroscopique	32
c) La Biopsie	38
OBSERVATIONS	41
ETUDE CLINIQUE	52
DIAGNOSTIC	62
TRAITEMENT	73
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	83
